

# ENTORNO LABORAL: FACTOR PREDICTOR DEL CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**Análisis del entorno laboral y su relación con el cuidado  
perdido de enfermería en un hospital de alta especialidad**

**TESIS**

Para obtener el título de:  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**IRENE ABUHATAB ARIAS**  
**N° DE CUENTA 416023619**  
**BECARIA PAPIIT IN-306419**

**DIRECTORA DE TESIS**  
**MTRA. ROSA AMARILIS ZÁRATE GRAJALES**

**CIUDAD DE MÉXICO, 2021**

# TABLA DE CONTENIDOS

---

RESUMEN/ABSTRACT.....	1
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO II. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
2.1 Planteamiento del problema.....	5
2.2 Justificación.....	7
2.3 Importancia del estudio.....	8
2.4 Pregunta de investigación.....	8
2.5 Objetivos.....	9
2.5.1 Objetivo general.....	9
2.5.2 Objetivos específicos.....	9
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.....	10
3.1 Contexto de calidad en la atención a la salud.....	11
3.1.1 Definición.....	11
3.1.2 Antecedentes históricos.....	11
3.1.3 Antecedentes en México.....	14
3.1.4 Evaluación de la calidad de los servicios de salud.....	15
3.1.5 Calidad de los servicios de enfermería.....	15
3.2 Entorno Laboral.....	16
3.2.1 Concepto.....	16
3.2.2 Antecedentes globales.....	17
3.2.3 Entorno laboral de enfermería instrumentos de valoración.....	17
3.2.4 PES NWI Practice Environment Scale of the Nursing Work Index.....	19
3.2.5 Entorno laboral positivo.....	22
3.2.6 Estrategias para el desarrollo de entornos laborales positivos.....	25
3.3 Cuidado perdido de enfermería.....	26
3.3.1 Concepto.....	26

3.3.2 Antecedentes.....	26
3.3.3 Actualidad.....	28
3.3.4 Cuidado perdido de enfermería y entorno laboral.....	28
<b>CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>31</b>
4.1 Tipo de estudio y diseño.....	32
4.2 Población de estudio.....	32
4.3 Muestra.....	32
4.4 Criterios de inclusión.....	32
4.5 Criterios de exclusión.....	33
4.6 Criterios de eliminación.....	33
4.7 Variables de estudio .....	33
4.8 Instrumentos de recolección.....	37
4.9 Validez y confiabilidad.....	38
4.10 Recolección de datos.....	38
4.11 Análisis estadístico.....	39
4.12 Aspectos ético legales.....	39
<b>CAPÍTULO V. RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
5.1 Caracterización de la muestra.....	42
5.2 Análisis descriptivo del entorno laboral PES-NWI.....	44
5.3 Análisis descriptivo de cuidado perdido-MISSCARE ENFERMERÍA .....	49
5.3.1 Análisis de cuidado perdido por dimensiones .....	50
5.3.2 Análisis de razones significativas del cuidado perdido.....	54
5.3.3 Relación entre características sociodemográficas y cuidado perdido.....	54
5.4 Análisis entorno laboral y su relación con cuidado perdido de enfermería.....	55
<b>CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>62</b>
7.2 Limitaciones del estudio.....	64
<b>CAPÍTULO VIII. ANEXOS.....</b>	<b>65</b>
8.1 Consentimiento informado.....	65

8.2 Instrumento PES-NWI Practice Environment Scale of the Nursing Work Index....66

8.3 Instrumento MISSCARE para enfermería.....68

CAPÍTULO IX. REFERENCIAS .....77

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

---

Tabla 1 CUESTIONARIOS DE ENTORNO LABORAL .....	19
Tabla 2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	34-36
Tabla 3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.....	43
Tabla 4 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES DICOTÓMICAS PES NWI.....	44
Tabla 5 ÍNDICE DE ENTORNO LABORAL DE ACUERDO A SUS DIMENSIONES .....	44
Tabla 6 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES DICOTÓMICAS MISSCARE (SECCIÓN A).....	49
Tabla 7 ÍNDICE DE CUIDADO PERDIDO Y SUS DIMENSIONES.....	50
Tabla 8 CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES DICOTÓMICAS MISSCARE (SECCIÓN B).....	51
Tabla 9 RAZONES POR LAS QUE SE PIERDE EL CUIDADO POR DIMENSIONES.....	56
Tabla 10 ITEMS DE SATISFACCIÓN LABORAL.....	57
Tabla 11 CORRELACIÓN DE ENTORNO LABORAL Y CUIDADO PERDIDO POR DIMENSIONES.....	58
Tabla 12 DESCRIPTORES PRIMARIOS Y PALABRAS CLAVE.....	66
Tabla 13 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DOCUMENTADA.....	66
Tabla 14 RESULTADOS EN BASES DE DATOS.....	67
Tabla 15 NIVELES DE EVIDENCIA DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS.....	67
Tabla 16 GUÍA PARA UNA CRÍTICA DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA EN INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.....	68
.....	
Figura 1 CÍRCULO DE DEMING.....	11
Figura 2 TRILOGÍA DE JURAN.....	12
Figura 3 MODELO DE CALIDAD AVEDIS DONABEDIAN.....	13
Figura 4 MAPA: USO GLOBAL DEL INSTRUMENTO PES-NWI.....	19
Figura 5 MODELO CONCEPTUAL PARA ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	23
Figura 6 MODELO DE RESULTADOS EN ENTORNOS DE TRABAJO SALUDABLES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	25
Figura 7 MODELO CONCEPTUAL SCHUBERT CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA.....	27
Figura 8 MODELO DE RELACIÓN: ENTORNO LABORAL-CUIDADO PERDIDO.....	30

**Figura 9 MODELO DE INVESTIGACIÓN: CUIDADO PERDIDO, AMBIENTE LABORAL Y CALIDAD DEL CUIDADO.....31**

**Gráfico 1 PUNTUACIONES GLOBALES PESN-WI.....45**

**Gráfico 2 DIMENSIÓN: PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA.....46**

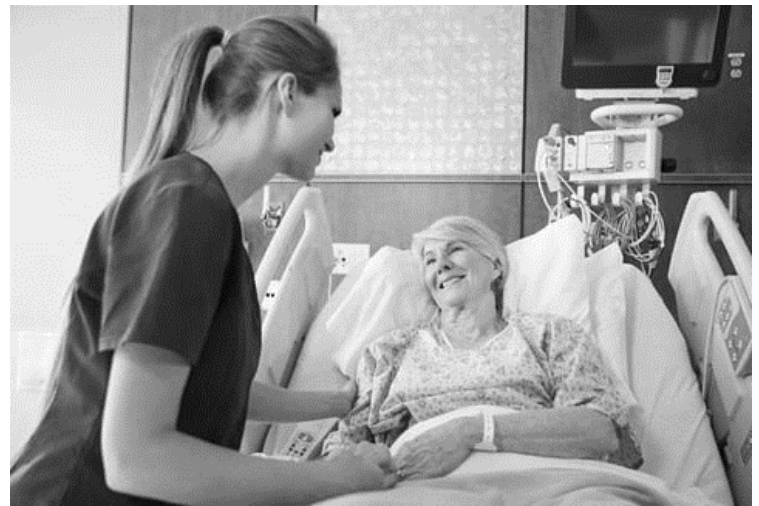
**Gráfico 3 DIMENSIÓN: CALIDAD DEL CUIDADO.....47**

**Gráfico 4 DIMENSIÓN: LIDERAZGO.....48**

**Gráfico 5 DIMENSIÓN: RECURSOS ADECUADOS.....48**

**Gráfico 6 DIMENSIÓN: RECURSOS INTERDISCIPLINARES.....49**

**Gráfico 7 RAZONES POR LAS QUE SE PIERDE EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....54**



## **DEDICATORIA**

A MI ABUE, MI MOTOR, Y APOYO INCONDICIONAL.



## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, *alma mater* y el lugar que me enseñó que los únicos límites que existen para cumplir mis sueños, son aquellos que permita arraigar en mi mente.

Al proyecto (PAPIIT IN-306419) Cuidado perdido de enfermería, ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de tercer nivel.

Mtra. Rosa A. Zarate Grajales por su gran apoyo, y quien con su experiencia académica y acertada tutoría, impulsó la culminación de mi proceso formativo.

Mtro. Luis Chavira por su valiosa ayuda y guía a lo largo de todo el proyecto.

Mtro. Julio Cadena Estrada y Mtro. Jorge Amaya por su invaluable asesoría, y por su ejemplo de vocación, servicio y excelencia.

Mtra. Teresa Sanchez Estrada, maestra de vida y gran ejemplo, gracias por enseñarme el verdadero significado de la enfermería.

Mtra. Reyna Matus Miranda por facilitar los escenarios para crecer en el ámbito de la investigación.

Houssein Ali Houssein, por creer en mí siempre y por su amor incondicional que hicieron posible la conclusión de mis estudios.

Y a todos aquellos que de una u otra forma estuvieron involucrados en la realización de este trabajo y que se me escapan de la memoria.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El fenómeno del cuidado perdido de enfermería representa un riesgo para la calidad y seguridad de la atención al paciente. Se ha evidenciado con el tiempo que el entorno laboral está directamente relacionado con la calidad e influye de manera objetiva en la disminución del cuidado perdido de enfermería y con ello la mortalidad, reingresos, eventos adversos y costos de la atención. Un entorno laboral de enfermería favorable tiene una relación inversamente proporcional y significativa con el cuidado perdido.

**OBJETIVO:** Analizar la relación entre las características del entorno laboral y el cuidado perdido de enfermería en una institución de alta especialidad de la Ciudad de México.

**METODOLOGÍA:** Estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal, y correlacional. La población de estudio estuvo conformada por personal de enfermería de una institución de alta especialidad de la Ciudad de México, con una muestra de 23 enfermeras seleccionadas a conveniencia. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos; El primero PES-NWI, mide el clima laboral de enfermería con 32 ítems; el segundo es el instrumento MISSCARE para enfermeras se utilizará para evaluar la variable de cuidado perdido, con 24 ítems. Se analizaron los datos con estadística descriptiva e inferencial con SPSS v25. El presente estudio forma parte del Proyecto PAPIIT IN306419. Se aprobó el proyecto en la institución y se entregó el consentimiento informado a los participantes.

**RESULTADOS:** De los 23 profesionales de enfermería, se obtuvo una media de edad de 43 años; predominó el género femenino con el 69.6 %. El 52.2% laboraba en el turno matutino. El 47.8 % contaba con una formación académica de licenciatura y tenía una jornada laboral en promedio de 45.7 horas semanales. El 26.95% del cuidado que realiza enfermería se omite o retrasa, siendo la dimensión que más se omite la de educación y plan de alta con el 21.73% así mismo la dimensión de necesidades individuales con el 21.73%, seguido de la dimensión de cuidados básicos con el 13.91%. El 41.09% del personal percibe un entorno laboral favorable, las dimensiones en las que más perciben un entorno favorable son recursos adecuados interdisciplinarios 57.6%, recursos adecuados 46.7% y participación de enfermería 42.2%. Se buscó la asociación entre las dimensiones del

cuidado perdido; necesidades individuales, plan de alta y de educación, cuidado básico, evaluaciones continuas y las dimensiones de entorno laboral; sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente representativa en totalidad entre las variables. En este estudio existe una relación específica entre algunas dimensiones del cuidado perdido y el entorno laboral (calidad del cuidado y participación profesional). ( $P > 0.05$ )

**CONCLUSIONES:** El entorno laboral influye de manera significativa en el cuidado que realiza enfermería. El ambiente laboral de enfermería es un factor que ayuda a garantizar que se realicen las actividades de enfermería de forma segura y oportuna durante la atención clínica que se brinda a los usuarios.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The phenomenon of missed nursing care (MNC) represents a threat for the quality and safety of the patients. Evidence has demonstrated that there is a direct relationship between the nursing work environment (NWE) and the quality of care. A favorable nurse work environment has a significant inverse relationship upon missed care. It has been reported that the work environment is directly related with the quality and improvement of care and has a direct influence on the reduction of missed nursing care, mortality, readmissions, adverse events and costs of care.

The aim of the study was to evaluate the relationship between characteristics of the work environment and missed nursing care.

**METHODOLOGY:** A quantitative, cross-sectional, and correlational study was used. The study population was made up of nursing staff from a third level institution in Mexico City. Two instruments were applied for data collection; the first PES-NWI measured the nursing work environment with 32 items; the second is the MISSCARE for nurses, which was used to evaluate the variable of missed care, with 24 items. The data was analyzed with descriptive and inferential statistics with SPSS v25.

**FINDINGS:** The sample consisted of 23 nurses, with an average age of 43 years; the female gender predominated with 69.6%. 52.2% worked in the morning shift. 47.8% had a

bachelor's degree and had an average schedule of 45.7 hours per week. 26.95% of the care performed was missed or delayed. The dimension that was missed more often was discharge planning and patient education with 21.73% as well as the dimension of individual needs with 21.73%, followed by the dimension of basic care with 13.91%. 41.09% of staff perceived an adequate work environment, the dimension in which they perceived the most favorable environment was interdisciplinary resources 57.6%, adequate resources 46.7% and nursing participation 42.2%. The association was studied between the dimensions of missed care; individual needs, discharge and education plan, basic care, ongoing assessments, and work environment dimensions; however, no statistically representative association was found. In this study, there is a specific relationship between some dimensions of missed care and the work environment (quality of care and professional participation) ( $P > 0.05$ ).

**CONCLUSIONS:** The work environment has a significant impact on nursing care. The nursing work environment is a factor that helps to guarantee the quality and safety of the clinical care provided to users.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente en el proceso de atención a la salud, es uno de los pilares fundamentales de la calidad de los servicios profesionales de enfermería. Sin embargo, múltiples factores que pueden poner en riesgo la seguridad del paciente, como lo es el ambiente laboral de enfermería. Se ha evidenciado con el paso del tiempo que el entorno laboral está directamente relacionado con la calidad y mejora del cuidado e influye en la omisión o retraso de las actividades del cuidado enfermería, así como algunos indicadores como la mortalidad, los reingresos y costos de la atención <sup>(1)</sup>.

Las omisiones del cuidado representan una amenaza para la calidad y seguridad de la atención el paciente. En el año 2006, Beatriz Kalisch, introduce el término de cuidado perdido de enfermería como "cualquier aspecto de la atención requerida al paciente que se omite (en parte o en su totalidad) o se retrasa."<sup>(2)</sup> Para lograr entender las causas por las cuales el cuidado de enfermería se omite, es necesario también tomar en cuenta el escenario en donde el cuidado se lleva a cabo; es decir es pertinente analizar a la par las características y particularidades del entorno laboral de enfermería, ya que un entorno laboral favorable constituye un factor determinante para una alta calidad asistencial y, al mismo tiempo, se relaciona con mejores resultados en la atención del usuario<sup>(3)</sup>.

En México existen escasos estudios que se enfocan al análisis de lo anterior <sup>(4)(5)(6)</sup> por lo tanto, el fin del presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre el cuidado perdido de enfermería y las características del entorno laboral en una institución de alta especialidad de la Ciudad de México.

En el primer capítulo se abordan las cuestiones teóricas que sustentan el planteamiento del problema. Para ello el desarrollo del presente trabajo tomó como base el modelo longitudinal de calidad establecido por Avendis Donabedian. En segundo lugar, se recaban los marcos conceptuales, y antecedentes sobre estudios previos del entorno laboral de enfermería principalmente descritos por Eileen Lake y otros autores. Así mismo,

se detallan algunas estrategias para el desarrollo de entornos laborales de enfermería positivos. Finalmente se integra un análisis del concepto del cuidado perdido como lo establece B. Kalisch y estudios en México y el mundo.

Posteriormente para la recolección de datos se realizó la aplicación de los instrumentos MISSCARE y PES-NWI que miden las características del ambiente laboral y la incidencia de cuidado perdido en un hospital de alta especialidad. Finalmente se concluye haciendo un análisis entre ambas variables y la interpretación y conclusión de los resultados obtenidos.

## CAPÍTULO II

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con lo estipulado por la Agencia de Investigación para el Cuidado de la Salud y la Calidad (Por sus siglas en inglés AHRQ), los errores de omisión son más difíciles de reconocer que los errores por comisión, por lo que representan un gran problema con graves repercusiones en la calidad y seguridad de la atención <sup>(5)</sup>

En la última década numerosos autores han enfocado su atención al estudio sobre los errores de omisión y el campo de enfermería no es la excepción. Investigaciones recientes demuestran que los errores de omisión representan una amenaza para la seguridad y la calidad de la atención de los pacientes hospitalizados y cuando estas omisiones corresponden a la atención de enfermería, se le denomina cuidado perdido de enfermería.<sup>(4)(7)</sup>

Dicho fenómeno ha sido estudiado en diferentes contextos y se concluye que uno de los principales factores que influye en la presencia del cuidado perdido de enfermería, es el ambiente laboral. <sup>(8)</sup> Sin embargo, existen elementos que impactan en la incidencia del cuidado perdido como lo son: la falta de personal, el índice enfermera-paciente, falta de tiempo, falta de recursos materiales, o falta de comunicación.<sup>(4)</sup>

El ambiente laboral en enfermería es definido como un elemento de la cultura organizacional o aquellos factores y características del entorno que mejoran o disminuyen la habilidad del profesional de enfermería para llevar a cabo su práctica profesional. <sup>(9)</sup>

El Consejo Internacional de Enfermería reconoce la importancia de la calidad del entorno laboral donde se desempeña la práctica profesional de enfermería. Consecuente a lo anterior el Consejo publicó en 2007, un plan de acción para la promoción de entornos laborales saludables los cuales “promuevan la excelencia en la atención e influyan en los resultados de los pacientes y la satisfacción laboral de las enfermeras” <sup>(6)</sup>

A pesar de la evidencia publicada, son escasos los estudios sobre el ambiente de trabajo de enfermería que se han llevado a cabo en países de ingresos bajos y medios (PIBMs), pero hay ejemplos de China, Tailandia, Sudáfrica y Brasil donde los resultados de estos estudios muestran tendencias similares entre los países en relación con los vínculos entre el ambiente de trabajo y la mejora de la atención para los pacientes. <sup>(9)</sup> En México se ha llevado a cabo investigación limitada sobre los ambientes de trabajo de enfermería.

El impacto que los diferentes factores ambientales y del entorno pueden tener sobre la salud se ha podido medir en diferentes culturas y escenarios, aunque en nuestro contexto mexicano aún es necesario profundizar en el estudio del fenómeno.

De acuerdo con lo establecido anteriormente y con base a la revisión de la literatura las características organizacionales y el entorno laboral influyen en la presencia del cuidado perdido poniendo en riesgo la seguridad del paciente. Se ha podido constatar que el entorno laboral está directamente relacionado con la calidad y mejora del cuidado e influye de manera objetiva en la disminución de la mortalidad, costos, seguridad del paciente entre otras razones las cuales justifican la realización de la presente investigación. <sup>(9)(10)(27)</sup>

## 2.2 JUSTIFICACIÓN

Enfermería ejerce su profesión en una amplia diversidad de contextos, cualquiera que sea, los entornos de trabajo positivos favorecen el quehacer profesional de enfermería. Sin un adecuado apoyo organizacional para el ejercicio de la profesión, es difícil asegurar los mejores resultados y la calidad de la atención de los pacientes. Por lo tanto, existe una creciente necesidad de mejora de los entornos laborales para los profesionales de enfermería.

Es pertinente entender las características de los entornos en los cuales se lleva a cabo la práctica de la enfermería en México con el fin de incrementar la calidad de atención y seguridad del paciente, por ello este estudio busca profundizar en el análisis del entorno y su relación con las omisiones del cuidado.

La calidad de la atención y el cuidado perdido son fenómenos afectados de manera multifactorial. Diversos estudios han identificado el ambiente laboral como uno de los elementos que afecta la calidad de la atención. Como ejemplo de lo anterior, en 2016 Lake y colaboradores llevaron a cabo un meta análisis para evaluar la evidencia existente en los últimos 16 años sobre el entorno laboral de enfermería.<sup>(3)</sup> El estudio concluyó que los ambientes laborales favorables están asociados con menores probabilidades de obtener resultados de calidad negativos. Los profesionales de enfermería que trabajan en mejores entornos laborales tenían del 28% al 32% menor probabilidad de encontrarse insatisfechos con su desempeño, o de presentar el síndrome de burnout. Los pacientes tenían 16% mayor probabilidad de estar satisfechos con la atención. Las probabilidades de que un paciente experimentará un evento adverso o muerte fueron 8% más bajas en mejores entornos laborales.

En un estudio reciente realizado por Zárata y colaboradores pone en evidencia que en América Latina, sólo Brasil tiene estudios reportados y en México existen pocos estudios relacionados con el tema, a diferencia de los Estados Unidos o Europa, en donde existe preocupación sobre el índice de cuidado perdido reportado en las unidades de atención a la salud, lo que evidencia la necesidad de fomentar en México investigaciones relacionadas al cuidado perdido como problema mundial que afecta la seguridad del



paciente. Por lo tanto, abordar el tema es sentar las bases científicas y metodológicas para proporcionar cuidados de enfermería con calidad. <sup>(10)</sup>

## 2.3 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se mencionan los tres niveles en los que el estudio tendrá utilidad.

El presente trabajo aportará para la **disciplina de enfermería** un mayor conocimiento de los entornos de la práctica enfermera en el contexto mexicano. Lo que sin duda facilitará la utilización de la evidencia científica para la mejora de las condiciones laborales que favorezcan el desarrollo de la práctica profesional de enfermería y equipos interdisciplinarios, con el objetivo final de mejorar los cuidados enfermeros.

A nivel **institucional** marcará pautas para el reconocimiento, promoción y desarrollo de entornos positivos para la práctica de Enfermería. Lo cual se facilitará el diseño de estrategias e intervenciones que contribuyan a la mejora del cuidado en las instituciones de salud. La comprensión del fenómeno ayuda a los tomadores de decisiones en materia de políticas de salud, a diseñar intervenciones que contribuyan a mitigar este fenómeno que afecta la calidad de la atención y la seguridad del paciente. <sup>(10)</sup>

Finalmente, de acuerdo con la iniciativa Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es necesario contar con la participación de los usuarios del sistema de salud para la mejora de su seguridad. <sup>(11)</sup> Los pacientes y sus cuidadores primarios perciben cosas que el personal sanitario a menudo pasa por alto. Por lo tanto, una de las implicaciones de este estudio para los **pacientes** es la sensibilización sobre los errores de omisión de modo que contribuyan a la prevención del daño y mejora de calidad del cuidado.

## 2.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación que existe entre las características del entorno laboral y el cuidado perdido de enfermería en un hospital de alta especialidad?

## 2.5 OBJETIVOS

### 2.5.1 Objetivo general

Analizar la relación entre las características del **entorno laboral** y el **cuidado perdido** de **enfermería** en una institución de alta especialidad de la Ciudad de México.

### 2.5.2 Objetivos específicos

Describir las características del entorno laboral en una institución de alta especialidad mediante la utilización del instrumento PES-NWI.

Describir el cuidado perdido de enfermería en una institución de alta especialidad mediante la aplicación del instrumento MISSCARE para enfermería.

Analizar cuáles son las características del entorno laboral que influyen en el cuidado perdido de enfermería.

# MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL

## CAPÍTULO III

### 3.1 CONTEXTO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

#### 3.1.1 DEFINICIÓN

El término calidad de acuerdo a la definición de la Real Academia Española se define como “*Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.*” <sup>(12)</sup> La calidad también se ha definido como aquellas características de los bienes o servicios a partir de las cuales, es posible calificarlos como aceptables o inaceptables, buenos o malos, deseables o indeseables. <sup>(13)</sup>

De acuerdo con lo anterior, podría entenderse a la calidad en salud, como “la propiedad o conjunto de propiedades que pueden tener los servicios de salud para satisfacer las necesidades de una persona o población en general.” <sup>(14)</sup>

La Organización Mundial de Salud (OMS) define: “La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más **adecuado** para conseguir una **atención sanitaria óptima**, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el **mínimo riesgos** de efectos iatrogénicos y la **máxima satisfacción** del paciente con el proceso.” <sup>(15)</sup>

En el presente trabajo se aborda el cuidado desde la perspectiva de calidad, ya que estudios como el realizado por Labrage et al. concluyen que el cuidado de enfermería es un valor esencial que se ha relacionado significativamente con la calidad de la atención de la asistencia sanitaria.<sup>(16)</sup>

#### 3.1.2 ANTECEDENTES

La calidad se ha convertido un elemento clave para la evaluación de la eficiencia y eficacia de los servicios de salud. En octubre de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en respuesta a la Resolución WHA 55.18 adoptada por la 55° Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002, que exhortaba a los Estados Miembros a prestar atención al tema de la seguridad para mejorar la calidad de la atención sanitaria.<sup>(10)</sup>

El conocer distintos significados y modelos que diversos autores han planteado nos permite tener un mayor entendimiento del término.

Edward Deming define a la calidad como “el cumplimiento de las expectativas del usuario, al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades y anticiparse a otras.” Deming planteó una metodología de cuatro frases: planear, hacer, verificar, y actuar <sup>(17)</sup> (Figura 1).

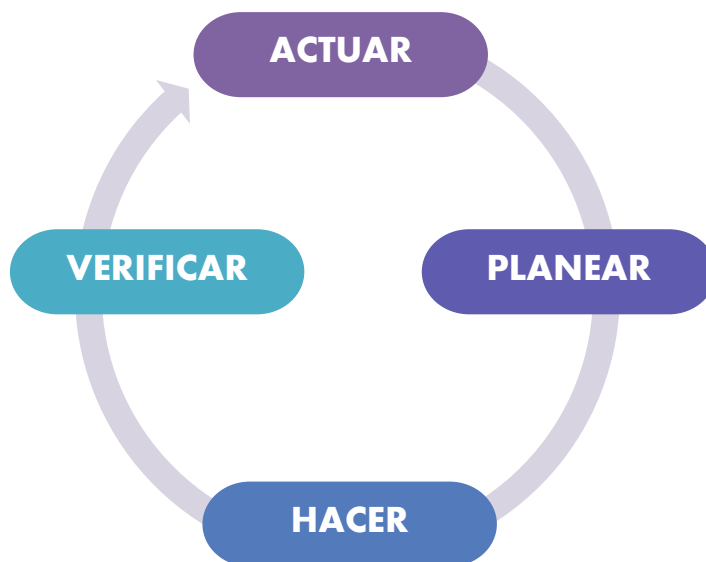


Figura 1. Círculo de Deming

Su filosofía de calidad se sintetiza en 12 factores:

1. Perseverancia y competitividad.
2. Cambiar y romper viejos paradigmas.
3. Eliminar el control y vigilancia para obtener la calidad, la misma se genera desde el principio.
4. Mejora constante.
5. Considerar al trabajador como una persona racional y creativa, dando la oportunidad para que se sienta orgulloso por su trabajo.
6. Desechar el miedo a participar y expresar ideas.
7. Capacitación y educación constante.
8. Eliminar los exhortos y las amenazas.
9. Quitar los estándares y sustituirlos por liderazgo.
10. No economizar sacrificando la calidad.

11. La calidad es tarea de todos.

12. Trabajo en equipo.

Por otro lado, Joseph M. Juran la describe como un proceso sistémico, el cual garantiza que las acciones que se llevaran a cabo ocurran tal y como se planearon. Así mismo establece un proceso tripartito para lograr la calidad (Figura 2).



Figura 2. Trilogía de Juran

Así mismo, Kauro Ishikawa señala que la calidad tiene que ser construida en cada diseño y en cada proceso, pues el control de calidad constituye una disciplina. El doctor Ishikawa destacó el énfasis que la estadística tiene para revolucionar la filosofía administrativa hacia un objetivo de calidad.<sup>(17)</sup> Se le considera el pionero de los círculos de calidad.

En la década de los 80's se destaca especialmente el trabajo de Avedis Donabedian, en el cual propone una clasificación de los métodos de calidad en estructura, proceso y resultados. Para Donabedian, la calidad en la asistencia significaba "la obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible."<sup>(14)</sup>

Donabedian considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud la cual puede obtenerse en diversos grados.

Acorde con este autor la calidad en los servicios de salud promueve, facilita, y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar de la población.

Donabedian plantea además que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la tecnología médica de manera que proporcione el máximo beneficio y el menor riesgo. La segunda dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción entre individuos (Figura 3).



Figura 3. Modelo de calidad Avedis Donabedian

Cabe hacer hincapié que el diseño del marco conceptual de este trabajo toma como eje la clasificación del modelo de calidad de Avendis Donabedian.

### 3.1.3 ANTECEDENTES EN MÉXICO

En México los primeros esfuerzos en pro de la calidad datan de la década de 1950 cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social realizó una auditoría médica. Más tarde en 1985-1986, el Instituto Nacional de Perinatología, creó los círculos de la calidad y en los diez años siguientes se intensificaron las acciones para mejorar todo el Sistema de Salud. En la Secretaría de Salud se inició en 1997 el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Desde entonces, y hasta el final del año 2000, fue implantado en 28 estados de la República. <sup>(18)</sup>

En 1999 se implementó el Programa de Certificación de Hospitales, cuyos resultados propiciaron que el sistema emprendiera acciones para alcanzar la calidad de los servicios mediante la identificación de factores críticos de la calidad en las instituciones relacionados con la estructura, el proceso y los resultados de la atención. <sup>(19)</sup>

Otro de los esfuerzos implementados en materia de calidad fue la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyo objetivo es elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población. <sup>(20)</sup>

Finalmente durante la última década se hace una reconceptualización del Programa de Certificación Hospitalaria, dando origen al Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.<sup>(20)</sup>

### **3.1.4 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

Los expertos señalan que la evaluación es una de las mejores estrategias para garantizar que los servicios sean de alta calidad. En el caso de los servicios de enfermería la evaluación las herramientas de evaluación utilizadas, son denominadas indicadores de calidad.

Los indicadores se definen como elementos que se usan para medir fenómenos específicos y que al ser aplicados muestran la tendencia y/o la desviación de una actividad de acuerdo con una unidad de medida convencional. El uso de indicadores de calidad permite observar aspectos relevantes de la asistencia con el fin establecer comparaciones y proponer acciones de mejora.

### **3.1.5 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

Los antecedentes de la calidad en la atención de enfermería se remontan a los inicios de la profesión con el trabajo de Florence Nightingale. Algunos autores la consideran como la precursora moderna de la calidad de los cuidados de enfermería. Nightingale estableció lo que podría entenderse como los primeros estándares de la práctica de enfermería en su publicación *Notas de Enfermería* (1860), una de las particularidades es que hacen referencia a las condiciones estructurales y el entorno en el cual se realiza la atención. Florence implementó herramientas para evaluar los sistemas de cuidado y medir la efectividad de la asistencia en los hospitales.<sup>(21)</sup>

La Comisión Permanente de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como: "la atención oportuna personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios".<sup>(20)</sup>

En un estudio realizado por Sochalski se demostró que la calidad de la atención de enfermería se asoció significativamente con la cantidad de pacientes atendidos por este personal, las tareas no finalizadas o el cuidado perdido y la frecuencia de los problemas relacionados con la seguridad del paciente.<sup>(10)</sup> Otro de los factores que podría jugar un papel importante en la calidad del cuidado es el entorno laboral, por lo tanto, es de



interés para este estudio el profundizar en el conocimiento y probable relación entre ambas variables, como un esfuerzo para mejorar la calidad de los cuidados que enfermería proporciona.

## 3.2 ENTORNO LABORAL

### 3.2.1 CONCEPTO DE ENTORNO LABORAL

Para iniciar el abordaje del tema, es necesario presentar algunas aclaraciones conceptuales respecto a los diversos términos utilizados en la literatura científica para el estudio del entorno laboral.

En **entorno laboral de enfermería** o **ambiente de práctica de enfermería** es definido como aquellos **factores que mejoran o disminuyen la habilidad del personal de enfermería para llevar a cabo su práctica profesional.**<sup>(22)</sup> Estos factores incluyen las relaciones administrativas e interprofesionales de enfermería, el papel que juega la enfermera en las decisiones institucionales, la mejora de la calidad, la distribución del personal de enfermería (staffing) y los recursos asignados para el cuidado de los pacientes.<sup>(3) (23)</sup>

Para el Organismo Internacional de Normalización (ISO), el término **clima laboral** se define como “**el conjunto de cualidades, atributos o propiedades relativamente permanentes de un ambiente de trabajo** concreto que son percibidas, sentidas o experimentadas por las personas que componen la organización empresarial y que influyen sobre su conducta.”<sup>(24)</sup>

Cabe aclarar que en algunas ocasiones ambos términos se utilizan de manera indistinta, sin embargo, en el desarrollo del presente trabajo se utilizará exclusivamente el concepto de entorno laboral de enfermería. El constructo de entorno laboral de enfermería presenta complejidad a la hora de ser conceptualizado y medido; sus fundamentos teóricos se encuentran en la sociología de las organizaciones y del trabajo.<sup>(25)</sup>

De acuerdo con el modelo de Donabedian el entorno laboral forma parte del concepto de **estructura**. La cual él define como: los atributos de los escenarios donde el cuidado ocurre. Algunos de estos atributos incluyen, los recursos materiales, recursos humanos, y la estructura organizacional.<sup>(26)</sup>

Las condiciones del entorno laboral pertenecen al ámbito del cuidado institucional. El filósofo Francesc Torralba a través de análisis de la ética del cuidado nos invita a reflexionar sobre la importancia del cuidado institucional. Torralba sugiere que el cuidado de la persona depende mucho del cuidado de las instituciones.

El autor plantea que existen tres esferas; el cuidado personal, el cuidado institucional y el cuidado sistémico los cuales están interrelacionados, cuando existen falencias en el entorno y las políticas de las instituciones, el resultado final se traduce en repercusiones hacia el sujeto cuidado. Por lo tanto, Torralba resalta que no basta con cuidar a la persona, también hay que cuidar a las instituciones que cuidan.

### **3.2.2 ANTECEDENTES**

En 1980 el estudio del entorno laboral se incrementó, como consecuencia de la falta de enfermeras en Estados Unidos. La finalidad del estudio era explorar y entender cuál era la relación del fenómeno con la satisfacción laboral de enfermería.<sup>(27)</sup>

Posterior a ello en la década de los 90 la atención se enfocó a buscar una explicación de los factores que influían en la calidad del cuidado y en los resultados de los pacientes. Finalmente, el interés resurgió con el trabajo del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, el cual se enfocaba en los aspectos de la seguridad del paciente y su relación con el entorno laboral.<sup>(28)</sup>

No podemos hablar de antecedentes de los entornos laborales de calidad sin hacer mención del concepto de magnetismo u “hospitales magnéticos”.

Este concepto de magnetismo aplicado al campo de la salud en enfermería surge en el año 1983 a partir de un estudio publicado por la Asociación Norteamericana de Enfermería, (ANA) en el que se evidenció la capacidad de determinados hospitales estadounidenses para “retener” enfermeras en un contexto grave de escasez de las mismas.

Actualmente, la ANCC (Centro de Acreditación de Enfermería Americano) es el centro responsable de acreditar entornos de trabajo magnéticos (centros, unidades, hospitales,

servicios en la actualidad no necesariamente hospitalarios), en las cuales se prestan cuidados de enfermería excelentes, lo que han denominado con la expresión “Hospital magnético” o centro/servicio magnético (Magnet®) (29)

### 3.2.3 ENTORNO LABORAL DE ENFERMERÍA INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Existen diversos instrumentos para la evaluación del entorno de enfermería. En una revisión realizada por Gershon y colaboradores, se analizaron diversos cuestionarios orientados a la medición y valoración de la cultura y entorno organizacional. En la Tabla 2 se presenta un resumen de los 12 instrumentos con las respectivas dimensiones que cada uno evalúa.

TABLA 2. Cuestionarios para medición del entorno laboral de enfermería.		
Instrumento	Descripción	Dimensiones
Modified Organizational Climate Descriptive Questionnaire	2 dimensiones 8 subconstructos 64 ítems	Conducta grupal Conducta de liderazgo
Organizational Climate Questionnaire	9 subconstructos 50 ítems	Estructura, responsabilidad, recompensas, riesgos, apoyo, estándares, conflictos, identidad
Organizational Climate Measure	11 subconstructos 65 ítems	Autonomía, conflictos vs colaboración, relaciones sociales, niveles de reconocimiento, motivación, recompensas de acuerdo al desempeño, flexibilidad e innovación, descentralización de decisiones y apoyo
Work Environment Instrument	3 dimensiones 10 subconstructos 90 ítems	Crecimiento personal Cambios y mantenimientos en el Sistema Relaciones interpersonales
Profile of Organizational Characteristics	6 subconstructos 18 ítems	Liderazgo, motivación, comunicación, toma de decisiones, metas y control
Organizational Culture Index	3 subconstructos 24 ítems	Cultura burocrática, cultura innovadora, culturas de apoyo
Organizational Questionnaire	6 subconstructos 35 ítems	Clima organizacional en la administración de hospitales, comunicación, estilos de supervisión, relaciones de grupo, ambigüedad de roles y rol de conflictos
Work Climate Survey	3 subconstructos 37 ítems	Percepciones del personal acerca del clima laboral, ambiente laboral y características del trabajo
Nursing Work Index	4 subconstructos 65 ítems	Autonomía, control, relaciones interprofesionales, apoyo organizacional.
Organizational Culture Inventory	3 dimensiones 12 subconstructos 120 ítems	Cultura defensa-agresividad Oposición de poder Competitividad
ICU Nurse-Physician Questionnaire	3 subconstructos 48 ítems	Satisfacción de trabajo en equipo, seguridad del personal, seguridad laboral
Quality Improvement Implementation Survey	4 dimensiones 20 ítems	Cultura grupal Cultura de desarrollo Cultura jerárquica Cultura racional

Tabla 2. Cuestionarios relacionados con la medición de entornos de práctica profesional en enfermería. Fuente: Gershon et al 2004.

Para fines de este estudio se decidió utilizar el instrumento Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) debido a validez y fiabilidad con la que cuenta.

### 3.2.4 INSTRUMENTO PES-NWI ANTECEDENTES DE USO

El instrumento Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) es uno de los múltiples cuestionarios que pueden medir los entornos para la práctica profesional. Fue desarrollado por la Dra. Eileen Lake de la Universidad de Pennsylvania. <sup>(27)</sup>

El instrumento ha sido utilizado y validado en más de 28 países y ha ofrecido resultados interesantes en diversos ámbitos culturales y geográficos del mundo. <sup>(30)</sup> (Véase Figura 4.)

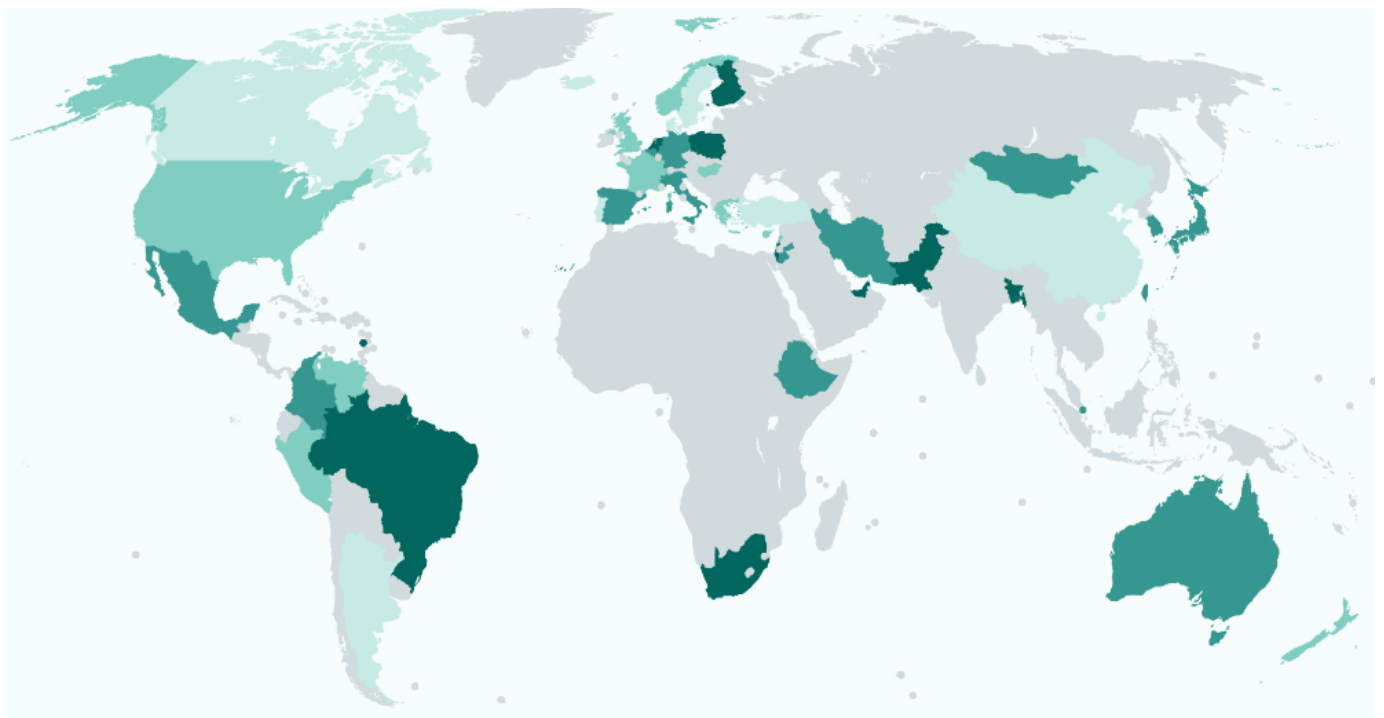


Figura 4. Uso global del instrumento PES-NWI

Elaborado por: Abuhatab Arias I.

El PES-NWI mide las características que presentan estos ambientes o entornos profesionales, que la propia autora define como las características organizacionales (cultura y clima organizacional) que dificultan o facilitan la práctica profesional enfermera. <sup>(29)</sup>

En primera instancia Kramer y Hafner <sup>(31)</sup> desarrollaron el primer instrumento denominado Nursing Work Index (NWI) que constaba de 65 ítems con el objetivo de medir los atributos de las organizaciones que permitieran ambientes de satisfacción para el trabajador y calidad de la atención al paciente

Más adelante fue modificado por Aiken y Patrician realizaron un instrumento con 57 ítems que miden condiciones del ambiente de trabajo de enfermería. <sup>(32)</sup>

Finalmente, la última modificación del instrumento fue llevada a cabo en el año 2002 por Lake. Partiendo del instrumento original desarrolló la versión Practice Environment con 31 ítems. El cuestionario fue desarrollado bajo el marco conceptual de la teoría organizacional y los principios del modelo Magnet.

El instrumento pretende la mejora de la calidad en la atención de los/las pacientes, se ha enmarcado dentro de la propuesta de los pilares de calidad de Avedis Donabedian por el que se estructuran sus componentes en:

1. Estructura
2. Proceso
3. Resultados

Lake propuso que las dimensiones que debería valorar una herramienta de valoración de entornos profesionales deberían ser las siguientes:

- Calidad del cuidado.
- Práctica enfermera.
- Desarrollo profesional.
- Apoyo de los gestores.
- Relaciones enfermeras/médicos.
- Apoyo de los compañeros.
- Autonomía profesional.
- Personal y recursos suficientes

El instrumento consta de 32 ítems valorados en una escala Likert de 1 a 5 puntos (1=totalmente en desacuerdo, 2= de alguna manera en desacuerdo, 3=ni acuerdo ni en

desacuerdo 4=de alguna manera de acuerdo 5=totalmente de acuerdo). Estos 32 ítems se agrupan en 5 factores:

- **Participación profesional**
- **Calidad del cuidado**
- **Liderazgo**
- **Recursos adecuados**
- **Relaciones interdisciplinarias**

### **Categorías del PES-NWI.**

Este instrumento está constituido por cinco categorías. La primera de ellas contiene 10 ítems y se relaciona con la **participación del profesional** en la institución, revelando la valiosa contribución del enfermero en las políticas internas de una organización. Los ítems relacionados son: 5, 6, 8,11, 16, 18, 22, 24, 27, 29.

La segunda categoría reúne 10 ítems que miden la **calidad del cuidado** brindado, el seguimiento al mejoramiento, la capacitación y formación del personal buscando indicadores de calidad. Los ítems incluidos en esta categoría son: 4,15, 19, 20, 23, 26, 27, 30, 31, 32.

La tercera categoría contiene 5 ítems (3, 7, 10,13, 20) describe el **liderazgo** y la gestión del profesional, demostrando las habilidades y conocimientos administrativos.

La cuarta contempla 4 ítems (1, 8, 9,12) que dan referencia sobre los **recursos adecuados** y suficientes para brindar cuidado, incluyendo también el número de profesionales y sus competencias; aportando indirectamente a la calidad de la atención.

La quinta y última categoría reúne 3 ítems que define las **relaciones interdisciplinarias** y relaciones de práctica conjunta. Ítems relacionados: 2, 14 (adaptada a México), 17, 25.

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento PES-NWI ha sido avalado por diversas organizaciones como el National Quality Forum (2004) y la Joint Commission International (2010) las cuales lo recomiendan como una herramienta estándar e indicador que permite identificar áreas de oportunidad para mejorar la práctica de enfermería y los resultados de los pacientes. De igual manera en 2006 el instrumento mencionado anteriormente, fue incluido como indicador de la National Database of Nursing Quality Indicators. El estudio original realizado por Lake cuenta con un coeficiente de confiabilidad de 0.82<sup>(33)</sup>

En México la aplicación del instrumento PES-NW ha sido limitada sin embargo un estudio piloto realizado en 2011 y 2013 analizó la confiabilidad (Índice de Confiabilidad IC 95 %; 0,85) y validez del instrumento traducido al español mexicano y concluyó que efectivamente el instrumento puede evaluar de manera confiable el ambiente de trabajo hospitalario en México. <sup>(9)</sup>

### 3.2.5 ENTORNO LABORAL POSITIVO

Según la Asociación de Enfermeras Especialistas de Ontario (RNAO), un **entorno saludable o positivo para la práctica** es aquel en el que se favorece al máximo la salud y el bienestar de la enfermera, la calidad en los resultados para los pacientes y la organización. <sup>(34)</sup>

#### ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

La evidencia muestra que los entornos de trabajo saludables redundan en beneficios económicos para las instituciones ya que reducen el ausentismo laboral, la pérdida de productividad, los costes de atención sanitaria de la institución, y los gastos derivados de los sucesos adversos para el paciente.

#### MODELO CONCEPTUAL

Según el modelo de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (Figura 5) el entorno laboral se conforma por tres tipos de componentes; los componentes físicos y/o estructurales, los componentes profesionales y/o ocupacionales, y los componentes cognitivos, psicológicos, culturales y sociales del personal que labora de manera conjunta

en una institución. Cada uno de estos componentes se subdivide en tres niveles: individual (Nivel micro), institucional u organizativo (Nivel meso) y externo. (Nivel macro)

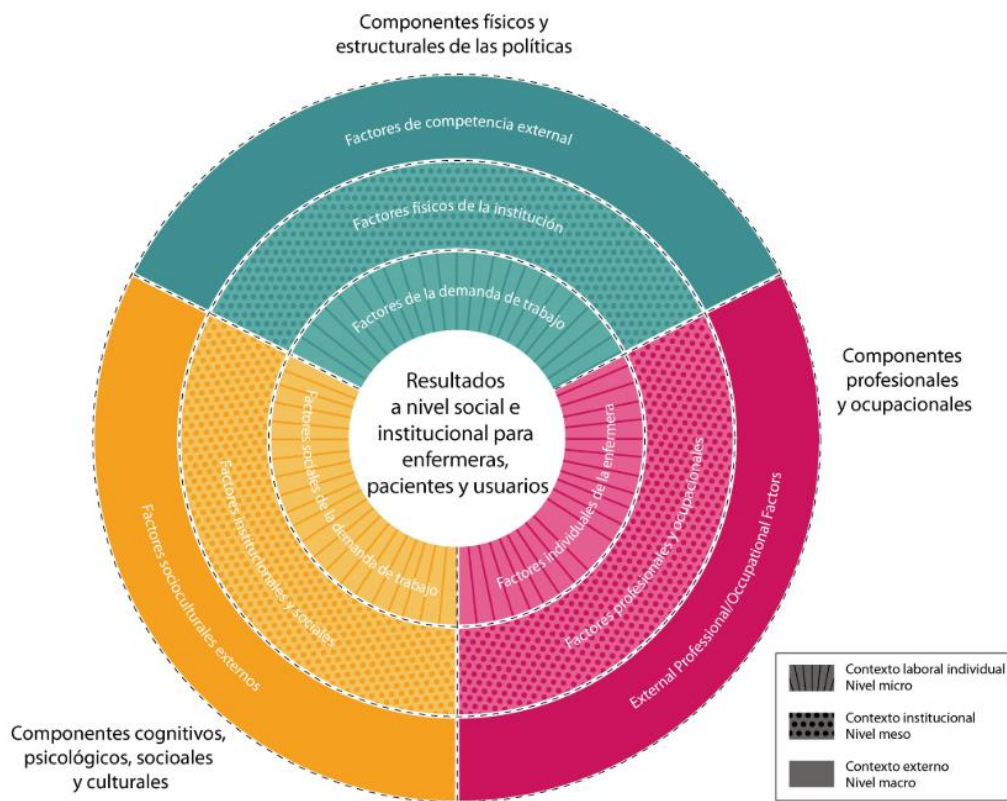


Figura 5. Modelo conceptual para entornos de trabajo saludables para el personal de enfermería: componentes factores y resultados

## 1. COMPONENTES FÍSICOS Y ESTRUCTURALES

**Nivel individual:** Algunos de estos factores incluyen la carga de trabajo, los cambios de horario y turno, la exposición a sustancias nocivas e infecciosas, y las amenazas para la seguridad personal.

**Nivel institucional:** Los factores físicos organizacionales comprenden dos aspectos: las características físicas y el entorno físico de la institución, así como las estructuras organizativas y los procesos diseñados para responder a las exigencias físicas del trabajo. Algunos de estos factores son los procesos en la contratación o dotación de personal, y horarios laborales.



**Nivel de sistema:** Los factores políticos externos incluyen a los modelos de atención sanitaria, la financiación y los marcos legales, comerciales, económicos y políticos ajenos a la institución (p.ej. políticas de inmigración, reformas del sistema de salud).

## 2. COMPONENTES COGNITIVOS, PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES

**Nivel individual:** Incluyen los requerimientos en cuanto a las capacidades cognitivas, psicológicas y sociales que debe tener un individuo para el desempeño de su labor profesional (conocimientos clínicos, habilidades para afrontar problemas de forma efectiva, habilidades para la comunicación). Se incluyen entre estos factores la complejidad clínica, la seguridad en el trabajo, las relaciones dentro del equipo y las necesidades emocionales.

**Nivel insitucional:** Entre estos factores se encuentran la estabilidad institucional, las estructuras y prácticas relacionadas con la comunicación, las relaciones entre empleados y gestores, y una cultura que favorece el apoyo y la formación continua.

**Nivel de sistema:** Los factores externos contemplan las tendencias de los consumidores, los cambios en las preferencias de los cuidados, el cambio en los roles de la familia, la diversidad de la población y de los profesionales, o una demografía en constante cambio.

## 3. COMPONENTES PROFESIONALES Y OCUPACIONALES

**Nivel individual:** Los factores individuales de la enfermería incluyen los atributos personales, o bien sus capacidades y conocimientos adquiridos, que determinan su respuesta ante las exigencias físicas, cognitivas y psicosociales del trabajo. Entre estos factores se encuentran: el compromiso con el cuidado del paciente o usuario, la institución y la profesión; el equilibrio entre la vida familiar y el trabajo, la ética y los valores personales; la práctica reflexiva; la capacidad de resiliencia, adaptabilidad y confianza en uno mismo.

**Nivel institucional:** Se incluyen entre estos factores el alcance de la práctica, el nivel de autonomía y el control sobre el trabajo, así como las relaciones interdisciplinarias.

**Nivel de sistema:** Los factores profesionales externos incluyen las políticas y la regulación en los ámbitos estatales, nacional e internacional, que influyen en las políticas sociales de salud y en las interacciones sociales dentro y a través de las distintas disciplinas y campos.

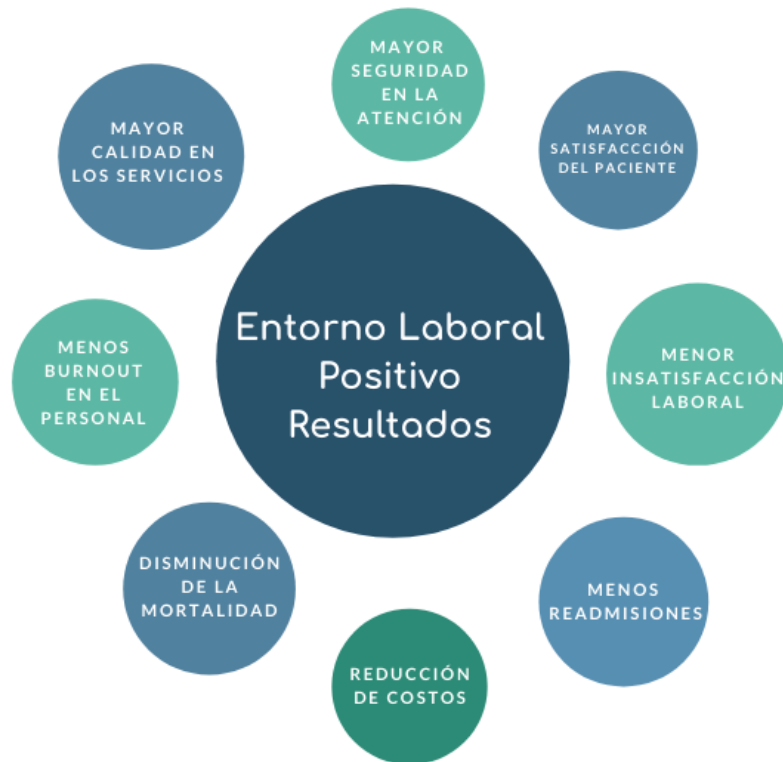


Figura 6. Modelo de resultados en entornos de trabajo saludables para el personal de enfermería Elaborado por: Abuhatab Arias I.

### 3.2.6 ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE ENTORNOS LABORALES POSITIVOS

En 2003 la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario) inició con el desarrollo de una serie de Guías de Buenas Prácticas con el objetivo de crear de entornos laborales saludables. El proyecto se estructura en seis guías de las cuales se hace mención a continuación.

- **Práctica colaborativa en los equipos de enfermería.**<sup>(35)</sup>
- **Desarrollo y mantenimiento de manera eficaz de la contratación y la carga de trabajo.**<sup>(36)</sup>
- **Desarrollo y mantenimiento del liderazgo en las enfermeras.**<sup>(37)</sup>
- **Aceptación de la diversidad cultural en la atención sanitaria: el desarrollo de la competencia cultural.**<sup>(38)</sup>
- **Profesionalismo en enfermería.**<sup>(39)</sup>
- **Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera.**<sup>(40)</sup>

Cada una de estas guías contiene una exhaustiva serie de recomendaciones y herramientas aplicables tanto a nivel individual como organizacional y gubernamental.

### **3.3 CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA**

#### **3.3.1 CONCEPTO**

El concepto del cuidado perdido se introdujo recientemente y fue identificado por Beatrice Kalisch la cual lo define como “cualquier aspecto requerido del cuidado del paciente que se omite o retrasa ya sea de manera total o parcial.”<sup>(2)</sup> El cuidado perdido es considerado un acto de omisión.

#### **3.3.2 ANTECEDENTES**

El cuidado perdido de enfermería es un fenómeno recientemente explorado que afecta la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención.<sup>(10)</sup>

Durante la última década han incrementado el número de publicaciones que abordan el tema del “cuidado perdido” Sin embargo este fenómeno ha estado presente desde el mismo origen de la profesión de enfermería. La conceptualización y estudio de los cuidados omitidos, diferidos, retrasados o racionados, es algo que ha irrumpido en la literatura científica hace relativamente poco tiempo, como ejemplo, de los 233 artículos que la base de datos Pubmed con el término “Missed nursing care” 178 han sido publicados en los últimos 5 años.

Uno de las limitantes para el estudio del fenómeno es la falta de consenso entre los términos utilizados. Para fines de este estudio se utilizará el término de *cuidado perdido de enfermería*.

A pesar de las diferentes definiciones conceptuales y la operacionalización de cada una de ellas, estos conceptos representan un esfuerzo para entender cuales son aquellas actividades y cuidados de enfermería que se omiten.

Schubert introduce el término de *racionamiento implícito del cuidado de enfermería* (Rationing of nursing care) el cual hace referencia a la omisión intencional o fortuita de los cuidados necesarios requeridos por los pacientes, debido a la falta de tiempo, de recursos, así como el número de personal y la interacción de las habilidades del personal.<sup>(10)(41)</sup>

Por otra parte Schubert<sup>(42)</sup> estableció un modelo conceptual (Figura 8) en el cual plantea que el racionamiento implícito del cuidado de enfermería no es un fenómeno aislado sino un proceso mediado por la estructura organizacional y el ambiente de trabajo de los escenarios en los cuales se proporciona el cuidado. <sup>(43)</sup>

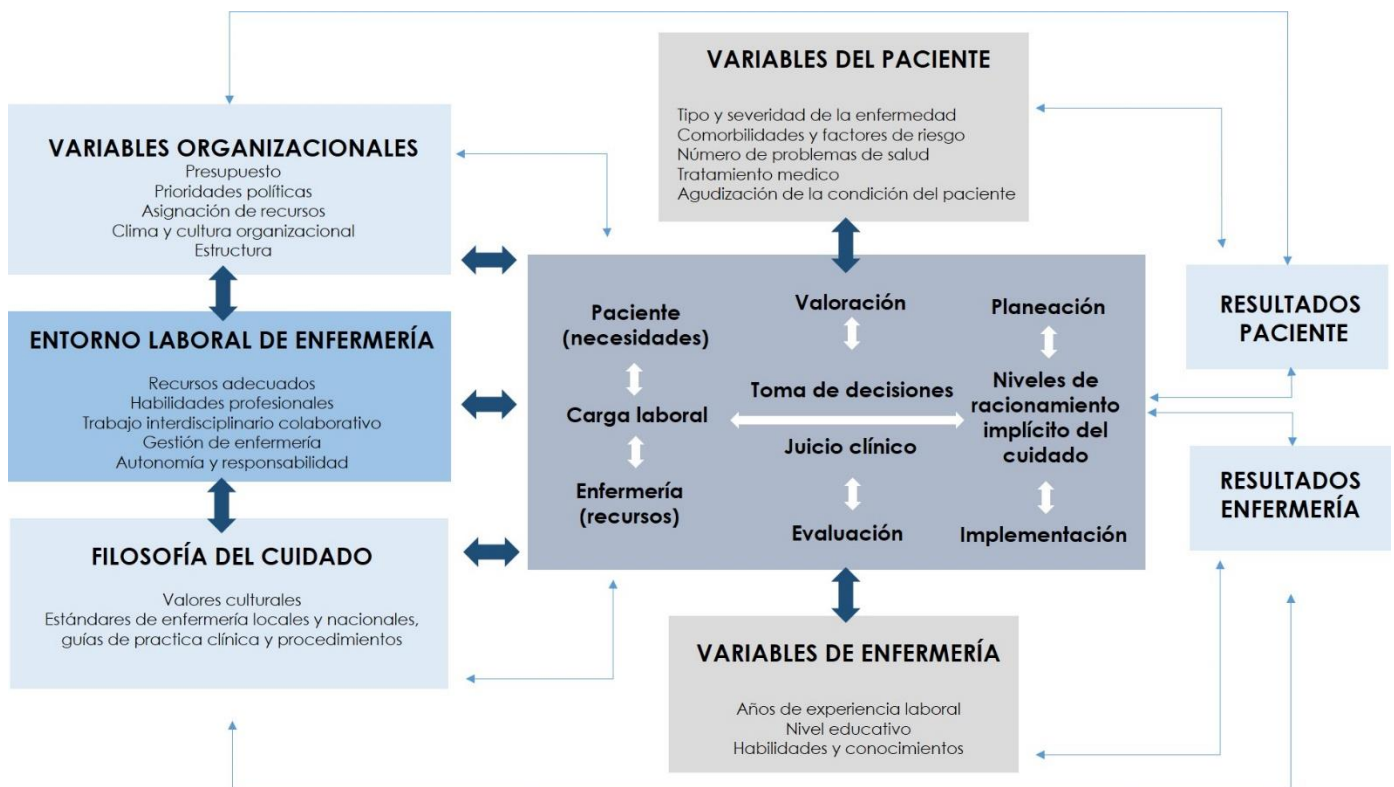


Figura 8. Modelo conceptual Schubert Fuente: Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study, 2008

Entre los países que han explorado el fenómeno del cuidado perdido, figuran Estados Unidos (48.9%), seguido por la República de Islandia (4.3%), Australia (4.3%), Corea del Sur (4.3%) y México (4.3%). El resto de los países como Reino Unido, Jordania, Islandia, Nueva Zelandia, Brasil, Suecia, Israel, República de Chipre, Suiza, Irán y Canadá; se reporta un estudio en cada uno de ellos. Asimismo, el impacto del fenómeno en la calidad del cuidado y en el sistema de salud, ha motivado a los investigadores a realizar estudios conjuntos en diferentes países; encontramos resultados de investigaciones entre Australia, Chipre e Italia; Australia y Nueva Zelandia; EE. UU y Líbano; Nueva Zelandia y Australia; Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, España, Suecia y Suiza. En cada grupo de países se ha reportado al menos un trabajo de investigación.<sup>(10)</sup>

### 3.3.3 ACTUALIDAD

Respecto a la prevalencia del cuidado perdido de enfermería la evidencia sugiere que 9 de cada 10 profesionales de enfermería omite alguna de las actividades básicas. Se estima que a nivel internacional la prevalencia es del 55-98%. La variabilidad de los resultados esta dada por las características de los instrumentos con los cuales se ha evaluado. <sup>(41)(44)</sup>

¿Pero cómo afecta el cuidado perdido la calidad de la atención? Para responder a lo anterior se tiene como marco de referencia diversos estudios. Entre los más destacados encontramos uno realizado en 2020 por Eileen T. Lake. En el anterior estudio se plantea que existen diversas consecuencias como la insatisfacción del usuario, errores en la ministración de medicamentos, infecciones urinarias, caídas, úlceras por presión, readmisiones y deficiencias en la calidad del cuidado. <sup>(45)</sup>

### 3.3.4 ENTORNO LABORAL Y CUIDADO PERDIDO DE ENFERMERÍA

¿Existe una relación entre el entorno laboral y las omisiones del cuidado de enfermería? Para responder a lo anterior encontramos como antecedente un estudio realizado en 2018 por Shin Park y colaboradores. Los hallazgos de este estudio concluyeron que en entornos laborales favorables, existe 63.3% de probabilidades mas bajas de cometer omisión de cuidados.<sup>(46)</sup> De acuerdo a este estudio se encontró que las **relaciones interprofesionales** juegan un papel importante para reducir la incidencia del cuidado perdido.

Otro estudio por realizado en Suiza propone que mejorar el **trabajo en equipo** y la **reducción de factores estresores** podría dar como resultado la disminución de los cuidados de enfermería que se retrasan u omiten. <sup>(10)</sup>

De acuerdo a Lake y colaboradores la organización de la institución de salud, del hospital o los servicios hospitalarios constituye uno de los principales factores reportados por el personal de enfermería que favorece la omisión del cuidado. <sup>(47)</sup> Se reporta que el 62.7%

de las razones por las cuales se omite el cuidado están relacionadas con los aspectos organizacionales y la falta de apoyo administrativo. <sup>(10)</sup>

La mayoría de los estudios que han comprobado la relación entre el entorno laboral y el cuidado perdido han sido llevados a cabo de manera transversal, sin embargo, un estudio longitudinal reciente demostró que que la prevalencia de omisiones del cuidado disminuyó en aquellas instituciones hospitalarias donde se aplicaron estrategias para la mejora del entorno de trabajo. <sup>(45)</sup>

Una revisión de 15 estudios, en el 90% se encontró una correlación significativa entre las variables “entorno laboral - cuidado perdido.” <sup>(43)</sup>

Un meta-análisis realizado por Lake *et al.*, cuya muestra constaba de 17 estudios 2,677 hospitales, 165,024 enfermeras participantes y un total de 1,368,420 pacientes. En dicho estudio se encontraron 4 aspectos relevantes respecto a las implicaciones que tiene el ambiente laboral en los pacientes y personal de enfermería. En primer lugar los entornos favorables estaban asociados con un menor promedio de resultados negativos en el personal de enfermería (RM 0.71), en segundo lugar se encontró también un menor promedio de evaluaciones negativas en cuanto a calidad y seguridad (RM 0.65), en tercer lugar se obtuvo un menor promedio de resultados negativos en los pacientes (RM 0.93) y finalmente un mayor promedio de satisfacción de los pacientes (RM1.16) <sup>(3)</sup>

Cabe mencionar además que uno de los estudios realizados por Eileen Lake encontró que la probabilidad de tener omisiones del cuidado se podía ver reducida en casi un 50% si se mejoraba el entorno laboral de enfermería. <sup>(43) (48)(49)</sup>

Como respaldo de lo anterior existen algunos estudios como el realizado por Kutney-Lee en 137 hospitales de Pennsylvania. Durante este estudio de tipo longitudinal se observó que en en aquellos hospitales donde se habían llevado a cabo intervenciones para mejorar las condiciones del entorno laboral, era mucho menor la incidencia de enfermeras que reportaron síndrome de burnout, o insatisfacción laboral y omisiones del cuidado <sup>(45)</sup>

## MODELO DE RELACIÓN: ENTORNO LABORAL-CUIDADO PERDIDO



Figura 9. Modelo de relación de entorno laboral y cuidado perdido de enfermería Fuente: Elaboración propia

# METODOLOGÍA



## CAPÍTULO IV

### 4.1 Tipo de estudio

El carácter de este estudio es de tipo cuantitativo, transversal, y correlacional. El estudio forma parte del Proyecto PAPIIT IN306419 “Cuidado perdido de enfermería, entorno laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad de México. Un estudio multicéntrico”.

### 4.2 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por personal de enfermería de una institución de alta especialidad de la ciudad de México.

### 4.3 Muestra

La muestra de las enfermeras fue no probabilística a conveniencia y estuvo compuesta por un total de 23 enfermeras. Dicha muestra es una submuestra de la muestra total del proyecto PAPIIT IN306419.

### 4.4 Criterios de inclusión

Enfermeras fijas asignadas a los servicios clínicos que proporcionan cuidado directo con al menos 6 meses de antigüedad que laboran en los servicios de hospitalización y manifiestan de manera voluntaria participar en la investigación.

### 4.5 Criterios de exclusión:

Coordinadores, supervisores y jefes de servicio de enfermería. No serán considerados pasantes en servicio social, estudiantes y enfermeras en etapas de inducción al puesto; ni personal de enfermería de los servicios de UCI neonatal, quirófano, urgencias, consulta externa, servicios de cirugía ambulatoria o corta estancia.

#### **4.6 Criterios de eliminación**

Instrumentos PES-NWI y MISSCARE para el paciente y MISSCARE para enfermería que contengan más de 4 datos perdidos o instrumentos que se pierdan durante la recolección de datos. Personal de enfermería que se niegue a participar. Así mismo no se tendrá en cuenta para la muestra el personal que se encuentre cumpliendo su periodo vacacional o en incapacidad.

#### **4.7 Variables del estudio**

Las variables a analizar son las siguientes: Entorno laboral y cuidado perdido de enfermería.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (TABLA 2)

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Valor
Cuidado perdido de enfermería	Se refiere a cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente y esto se relaciona con los factores de recursos humanos, comunicación y recursos materiales(2)	Cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omite o retrasa significativamente durante la hospitalización	Dependiente	Cuidado de enfermería perdido	Satisfacción (5) Necesidades individuales (7) Planificación del alta y educación al paciente (2) Cuidado básico (8) Evaluaciones continuas (7)	19, 20, 21, 22, 23 28, 33, 42, 43, 44, 45, 46 32, 37 24, 25, 26, 27, 34 29, 30, 31, 38, 39, 40, 41	<b>5=Siempre</b> <b>4=Frecuentemente</b> <b>3=De vez en cuando</b> <b>2=Rara vez</b> <b>1= Nunca</b> <b>99= No aplica</b>
				Razones de cuidado perdido			
Entorno Laboral	Las características organizacionales que facilitan o limitan la práctica profesional de enfermería. Estas características incluyen las relaciones gerenciales e interprofesionales de la enfermera, el papel de la enfermera en las decisiones institucionales y la mejora de la calidad, el personal de enfermería y los recursos de atención al paciente. (3)	Las características organizacionales que facilitan o limitan la práctica profesional de enfermería.	Interviniente	Participación de enfermería	Toma de decisiones, oportunidades para el avance profesional.	5, 6, 11, 16, 18, 22, 24, 28, 29	<b>1=Totalmente de acuerdo</b> <b>2=De alguna manera de acuerdo</b> <b>3=Ni en acuerdo ni en desacuerdo</b> <b>4=De alguna manera en desacuerdo</b> <b>5=Totalmente en desacuerdo</b> <b>99= No aplica</b>
				Calidad del cuidado (10)	Formación continua	4, 15, 19, 20, 23, 26, 27, 30, 31, 32	
				Liderazgo (5)	Apoyo administrativo Reconocimiento del desempeño del personal Indicadores de calidad	3, 7, 10, 13, 21	
				Recursos adecuados (4)	Nº de personal Adecuado para el cuidado del paciente.	1, 8, 9, 12	
				Recursos interdisciplinarios (4)	Relaciones interdisciplinarias Comunicación	2, 14, 17, 25	

Elaborado por: Abuhatab Arias I.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (TABLA 2)

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Propiedades	Valor
<b>Servicio</b>	Se refiere a la unidad en la cual la institución ubica al profesional de enfermería para el desempeño de las funciones inherentes al cargo.	Se refiere a la unidad donde se encuentra adscrito el profesional de enfermería	Cualitativa Nominal	En orden de aparición	=, ≠	Codificación de acuerdo al orden de aparición
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido la persona	Tiempo de vida en años Cumplidos	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos	=, ≠, >, <, 0 absoluto	Dato duro
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Características que distinguen a la persona como masculino y femenino	Cualitativa nominal	Masculino y femenino	=, ≠	1= Masculino 2= femenino
<b>Experiencia laboral</b>	Años que tiene la enfermera (o) ejerciendo la profesión.	Años cumplidos que tiene la enfermera (o) ejerciendo la profesión.	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos	=, ≠, >, <, 0 absoluto	Dato duro
<b>Turno</b>	Se refiere al tiempo en jornada laboral de la enfermera (o), que se clasifica en matutino, vespertino, nocturno o jornada acumulada.	Se refiere jornada laboral de la enfermera (o), que se clasifica en matutino, vespertino, nocturno o jornada acumulada o en horas.	Cualitativa nominal	En orden de aparición	=, ≠	Codificación de acuerdo al orden de aparición
<b>Categoría</b>	Cada una de las clases establecidas en una profesión, carrera o actividad	Se refiere al puesto de trabajo designado por la institución; atendiendo a la naturaleza y al nivel de las funciones.	Cualitativo ordinal	De enfermera general a especialista	=, ≠, >, <	1=enfermera general A 2= enfermera general B 3=enfermera general C 4=enfermera especialista A 5= enfermera especialista B 6= enfermera especialista C
<b>Antigüedad en el servicio</b>	Tiempo remoto. Se refiere al periodo de tiempo laborado en la Institución.	Se refiere al periodo de tiempo en años o meses que lleva laborado el profesional de enfermería en la institución de salud, considerando la fecha de ingreso al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa discontinua	Años cumplidos	=, ≠, >, <, 0 absoluto	Dato duro

<b>Formación académica</b>	Se refiere al periodo de tiempo laboral en un área determinada.	Se refiere al periodo de tiempo en años que lleva laborado el profesional de enfermería en un área (servicio) de la institución de salud, considerando la fecha de ingreso al área hasta el momento de la recolección de datos	Cuantitativa discontinua	Años concluidos	=,≠, >,<,0 absoluto	Dato duro
<b>Escolaridad</b>	Es el sistema educativo altamente institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que se extiende por una institución académica.	Último grado académico alcanzado por el profesional de enfermería al momento de la recolección de datos y comprobable con cédula y título.	Cualitativo ordinal	Grado académico	=,≠, >,<	1=enfermera general 2=enfermera general con postécnico 3=licenciada en enfermería 4=LE con especialidad 5=maestría 6=doctorado
<b>Horas/semanas</b>	Se refiere al tiempo representado en horas por semana que el profesional de enfermería cumple con la jornada laboral.	Suma de número total de horas que cumple laboralmente el profesional de enfermería en una semana	Cuantitativa discontinua	Horas cumplidas	=,≠, >,<,0 relativo	Dato duro
<b>Horas extra</b>	Se refiere a las horas adicionales a la jornada laboral que cumple el profesional de enfermería	Suma de número total de horas que cumple laboralmente el profesional de enfermería en una semana fuera de su horario establecido por la institución de salud	Cuantitativa discontinua	Horas cumplidas	=,≠, >,<,0 relativo	Dato duro
<b>Promedio paciente</b>	Número de pacientes asignados al profesional de enfermería por Jornada laboral.	Número de pacientes asignados al profesional de enfermería por jornada laboral considerando la escala establecida en la Institución de salud.	Cualitativo ordinal	Pacientes por enfermera	=,≠, >,<	Orden jerárquico

Fuente: Proyecto PAPIIT IN-306419 Cuidado perdido de enfermería, ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad.

## 4.8 Instrumentos de valoración

### Instrumento PES-NWI

Este instrumento está constituido por cinco categorías. La primera de ellas contiene 10 ítems y se relaciona con la **participación del profesional** en la institución. (Ítems relacionados son: 5, 6, 8, 11, 16, 18, 22, 24, 27, 29)

La segunda categoría reúne 10 ítems que miden la **calidad del cuidado**. Los ítems incluidos en esta categoría son: 4, 15, 19, 20, 23, 26, 27, 30, 31, 32.

La tercera categoría contiene 5 ítems (3, 7, 10, 13, 20) describe el **liderazgo** y la gestión del profesional, demostrando las habilidades y conocimientos administrativos.

La cuarta contempla 4 ítems (1, 8, 9, 12) que dan referencia sobre los **recursos adecuados** y suficientes para brindar cuidado, incluyendo también el número de profesionales y sus competencias; aportando indirectamente a la calidad de la atención.

La quinta y última categoría reúne 3 ítems que define las **relaciones interdisciplinarias** y relaciones de práctica conjunta. Ítems relacionados: 2, 14 (adaptada a México), 17, 25.

### Instrumento MISSCARE

El instrumento MISSCARE consta de tres secciones. La parte A constituida por veintitrés (23) ítems integra información acerca de **datos sociolaborales** y **satisfacción laboral** de los profesionales de enfermería.

La parte B, se evalúan los elementos del cuidado perdido a través de 24 ítems distribuidos en las siguientes categorías: intervenciones de **necesidades individuales** (ítems: 28, 33, 42, 43, 44, 45, 46); **intervenciones de planificación del alta y educación al paciente** (ítems 32 y 37), **intervenciones de cuidado básico** (ítems 24, 25, 26, 27, 34, 35, 36, 47) e **intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas** (ítems 29, 30, 31, 38, 39, 40 y 41).

La parte C: constituida por 17 ítems, explora las razones para la omisión del cuidado a través de: Factores relacionados con **recursos humanos** (48, 49, 50, 51, 52, 55, 63 y 64), Factores relacionados **con recursos materiales** (53, 56 y 57) y Factores relacionados con la **comunicación** (54, 58, 59, 60, 61 y 62).

#### **4.9 Validez y confiabilidad**

El instrumento PES-NWI ha sido avalado por diversas organizaciones como el National Quality Forum (2004) y la Joint Commission (2010) las cuales lo recomiendan como una herramienta estándar e indicador que permite identificar áreas de oportunidad para mejorar la práctica de enfermería y los resultados de los pacientes. De igual manera en 2006 el instrumento mencionado anteriormente, fue incluido como indicador de la National Database of Nursing Quality Indicators. El estudio original realizado por Lake cuenta con un coeficiente de confiabilidad de 0.82<sup>(33)</sup>

La encuesta MISSCARE esta validada y es confiable estadísticamente. El coeficiente de correlación de Pearson arrojó un valor de 0,87 en la parte constituida por 24 ítems que mide los elementos del cuidado perdido y 0,86 en la parte B con 17 ítems; <sup>(50)</sup> El instrumento cuenta con una adaptación lingüística para población mexicana, la cual fue sometida a la validación de expertos para calificar la claridad y relevancia de cada pregunta.

#### **4.10 Recolección de datos**

El presente trabajo forma parte de estudio multicentrico PAPIIT IN306419, en el cual participan diversas instituciones de salud, en todas ellas la recolección de datos se llevó a cabo mediante los dos instrumentos mencionados anteriormente. Se asignó a personal de enfermería para la aplicación de los instrumentos, los cuales fueron aplicados con personal de enfermería asignado en áreas de hospitalización posterior a la autorización de los participantes por medio del consentimiento informado.

#### **4.11 Análisis estadístico**

Se utilizó el programa de SPSS versión 21, para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva (medias, medianas, desviación estándar para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas) e inferencial. Se analizó la distribución de los datos y acorde a los resultados se utilizó estadística no paramétrica basada en pruebas de correlación Spearman entre las variables del estudio (cuidado perdido, entorno laboral).

#### **4.12 Aspectos ético legales**

El presente estudio se ajusta lo señalado por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en sus artículos 13, 16 y 17 donde se clasifica el presente estudio como investigación sin riesgo al emplear técnicas y métodos de investigación documentales retrospectivos y no se manipularán las variables fisiológicas ni se realizará alguna modificación intencionada en las variables psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. <sup>(51)</sup>

De igual manera de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-201239,<sup>(52)</sup> la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, que menciona en sus apartados que no se expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios.

Se protegerá la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación de acuerdo con los lineamientos de la Declaración de Helsinki. <sup>(53)</sup> De acuerdo al Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la Salud en el artículo 20 se define el consentimiento informado como: Acuerdo de voluntades de las partes contratantes que se manifiesta de acuerdo a una oferta y a la aceptación sobre la cosa o causa que constituye el contrato.<sup>(51)</sup> En la investigación clínica el consentimiento informado es un documento legal y un mecanismo para respetar la dignidad y proteger los derechos y el bienestar de los sujetos participantes. Por lo tanto, de acuerdo a lo antes mencionado se usará un consentimiento informado, todos los datos serán mantenidos bajo custodia y no se



registrarán datos personales, en conformidad con el Código de Nuremberg <sup>(54)</sup> y el Informe de Belmont<sup>(55)</sup>; también en relación con este se le da la libertad de poder finalizarlo en el momento que así lo considere necesario.

# RESULTADOS

## CAPÍTULO V RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos del presente estudio. La primera parte se compone de caracterización de la muestra con variables demográficas y laborales del profesional de enfermería. En segundo lugar, se detallan los componentes y resultados individuales de cada uno de los instrumentos (MISSCARE & PES-NWI). Finalmente se presenta por medio de análisis inferencial la relación que guarda el entorno laboral con el cuidado perdido de enfermería en este estudio.

### 5.1 Caracterización de la muestra

Se recabó la información con una muestra total de 23 enfermeras pertenecientes a una institución de alta especialidad.

La población de estudio tuvo un rango de edad entre 26 y 55 años con una media de  $43 \pm 8.71$  años; predominó el género femenino con el 69.6 %. El 52.2% de los profesionales laboraba en el turno matutino. Un 17.4 % trabajaba en el turno vespertino y el 30.4% restante correspondía al turno nocturno y jornada acumulada. El 47.8 % contaba con una formación académica de licenciatura, mientras que solo el 13% tenía algún grado de especialidad, además, el 30.4% del personal alcanzaba el grado de maestría.

En cuanto a las variables laborales del profesional de enfermería, el predominio de la categoría asignada en la institución fue la de enfermera especialista C con un 47.8%. En cuanto al tiempo laboral en los distintos servicios evaluados se obtuvo una media de  $2.76 \pm 2.166$  meses. El personal de enfermería laboraba un promedio de 45.7 horas semanales, de los cuales el 52.2 % del personal labora 40 horas semanales, el 17.3 % trabaja menos de 40 horas a la semana y un 30.3% labora más de 40 horas a la semana. La mayoría del personal de enfermería no realiza horas extra (52.2%) sin embargo, el 26.3 % acumula más de 35 horas extra trimestrales y el 21.5% restante trabaja más de 35 horas extra. Con un promedio de 3 ingresos por turno y egresos por turno. El promedio general del índice de enfermera paciente fue de  $5 \pm 2.228$  pacientes por cada enfermera/o. (Ver tabla 3)

**TABLA 3. Características sociodemográficas y laborales del profesional de enfermería (n=23)**

<b>VARIABLE</b>	<b>F<sub>0</sub></b>	<b>%</b>
<b>Edad, media ± DE*</b>	43 ± 8.71*	
<b>Sexo</b>		
Hombre	7	30.4
Mujer	16	69.6
<b>Turno</b>		
Matutino	12	52.2
Vespertino	4	17.4
Nocturno	6	26.1
Jornada acumulada.	1	4.3
<b>Nivel de Formación</b>		
Técnico en enfermería	1	4.3
Posttécnico en enfermería	1	4.3
Licenciatura de enfermería	11	47.8
Especialidad	3	13
Maestría	7	30.4
<b>Categoría</b>		
Enfermera general A	2	17.4
Enfermera general B	1	4.3
Enfermera general C	4	17.4
Enfermera especialista A	1	4.3
Enfermera especialista B	1	4.3
Enfermera especialista C	11	47.8
Antigüedad en el servicio actual*	2.76	± 2.166
Antigüedad en la institución*	18.36	± 9.153
Promedio de pacientes asignados*	5.35	± 2.228
Promedio de ingresos*	3.04	± 2.722
Promedio de egresos*	1.87	± 2.282
<b>Horas de trabajo semanales</b>		
<40 Horas semanales	16	69.5%
≥ 40 Horas semanales	7	30.3 %
<b>Horas extra en 3 meses Media 35 horas</b>		
0 Horas	12	52.2 %
1-35 Horas	6	26.3 %
≥ 35 Horas	5	21.5 %

\*Media ± Desviación estándar

## 5.2 Análisis del entorno laboral PES-NWI

Para el análisis del instrumento se convirtió la escala de Likert a una variable dicotómica, categorizada de la siguiente manera (Tabla 4.) Se calculó un índice global y por dimensiones en una escala porcentual de 0 a 100. Se presentan en primer lugar las estimaciones del índice de entorno laboral y sus dimensiones; y después se describen los ítems de manera individual.

**TABLA 4. Categorización de variables dicotómicas PES-NWI**

1=Totalmente en desacuerdo	
2=De alguna manera en desacuerdo	0 = Entorno desfavorable
3=Ni de acuerdo ni desacuerdo	
4=De alguna manera de acuerdo	1=Entorno favorable
5=Totalmente de acuerdo	

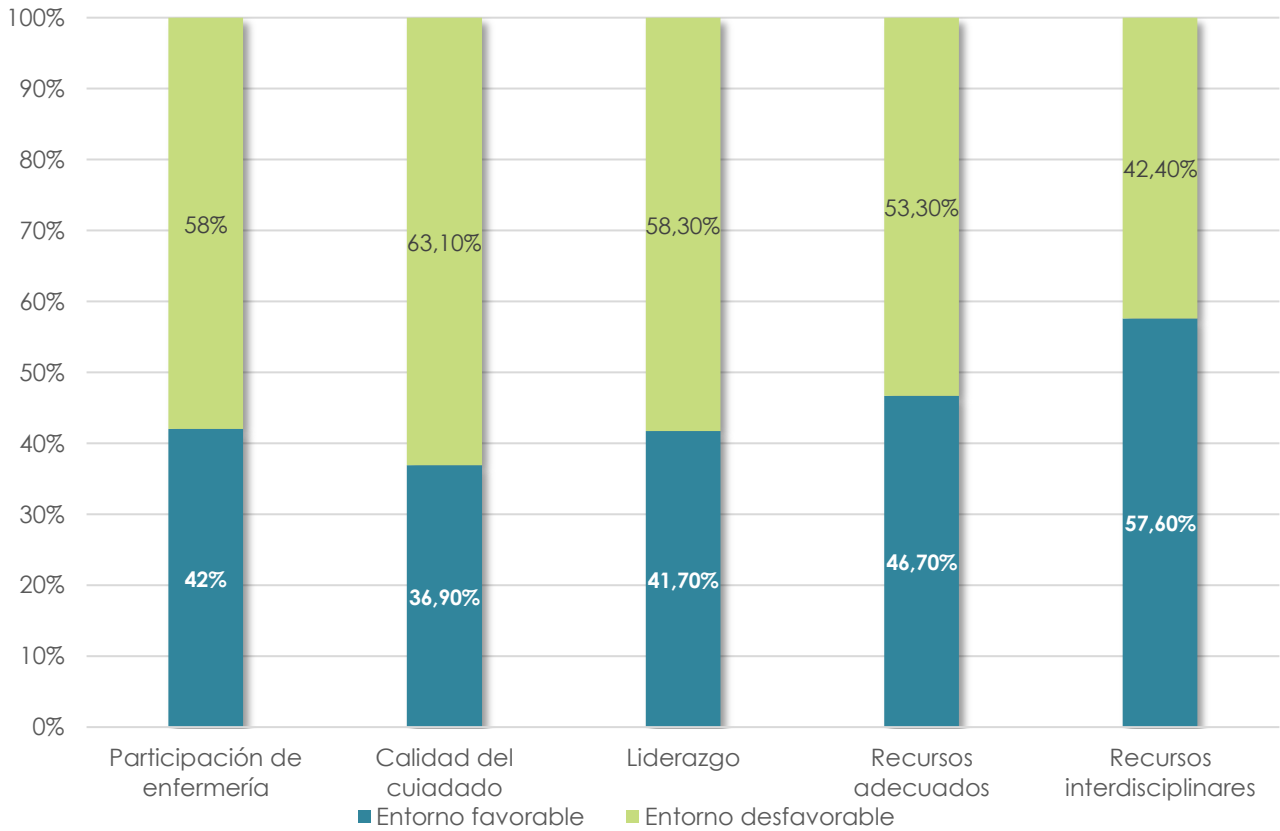
En relación al índice global de entorno laboral fue de 41.09 (**IC<sub>95%</sub> 28.59-53.60**), la dimensión que las enfermeras perciben con niveles más bajos fue la dimensión de calidad del cuidado (39.9%), seguido de liderazgo (41.7%). (Véase Tabla 5)

**TABLA 5. Índice de entorno laboral favorable de acuerdo a sus dimensiones n=23**

	Media %	Intervalo de confianza al 95%
<b>Global</b>	41.09	<b>(28.59-53.60)</b>
<b>Dimensión</b>		
Participación de enfermería	42.2%	<b>(28.28-55.76)</b>
Calidad del cuidado	36.9%	<b>(23.00-50.90)</b>
Liderazgo	41.7%	<b>(29.25-54.22)</b>
Recursos adecuados	46.7%	<b>(32.65-61.42)</b>
<b>Recursos interdisciplinarios</b>	57.6%	<b>(42.16-73.04)</b>

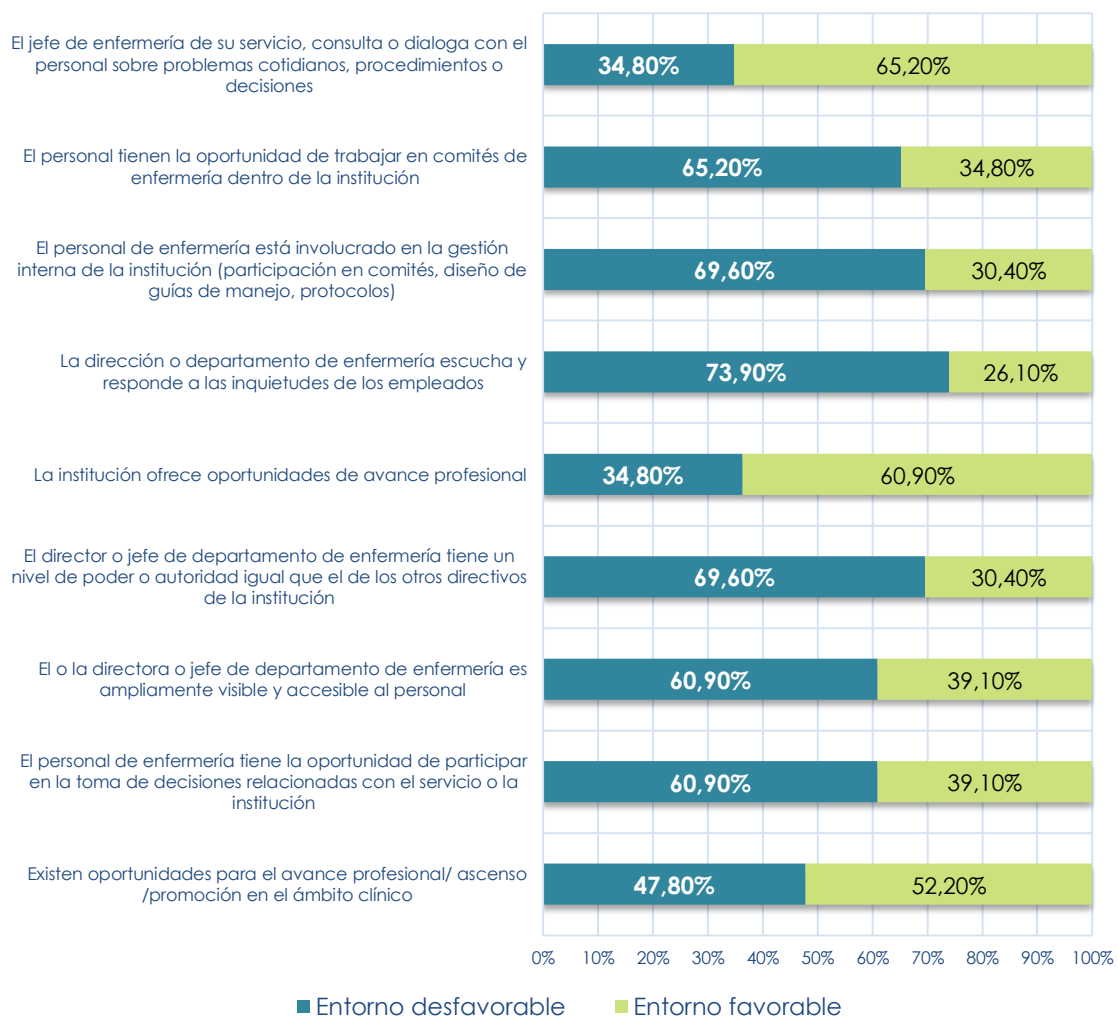
De una manera más general podemos resumir que la dimensión que obtuvo un puntaje más alto fue la categoría de recursos interdisciplinarios (57.6%). Seguido, se encontró que el 46.7% piensa que los recursos materiales son adecuados. En cuanto a la dimensión de participación de enfermería el 42% informó que es favorable. Finalmente cabe destacar que la dimensión de calidad del cuidado solo un 36.9% consideró que es favorable el entorno laboral en dicho aspecto y 41.7% en torno al liderazgo de enfermería. (Véase Gráfico 1)

**Gráfico 1. Puntuaciones en PES-NWI por dimensiones**



Para una descripción más clara del entorno laboral, se llevó a cabo un análisis por dimensiones. Respecto a la dimensión de participación profesional de enfermería, más del 60% de los encuestados refirieron entornos desfavorables, ya que consideran que el personal no tiene la oportunidad de trabajar en comités de enfermería (65.20%), no está involucrado en la gestión interna de la institución y el director de enfermería no tiene un nivel de poder o autoridad que otros directivos (65.60%) respectivamente, la dirección o departamento de enfermería no escucha y responde a las inquietudes (73.90%). Mientras que otros refieren que la jefe de enfermería de su servicio, consulta o dialoga con el personal sobre los problemas (65.20%); la institución ofrece oportunidades de avance profesional (60.90%) y 52.20% refiere que existen oportunidades para ascenso o

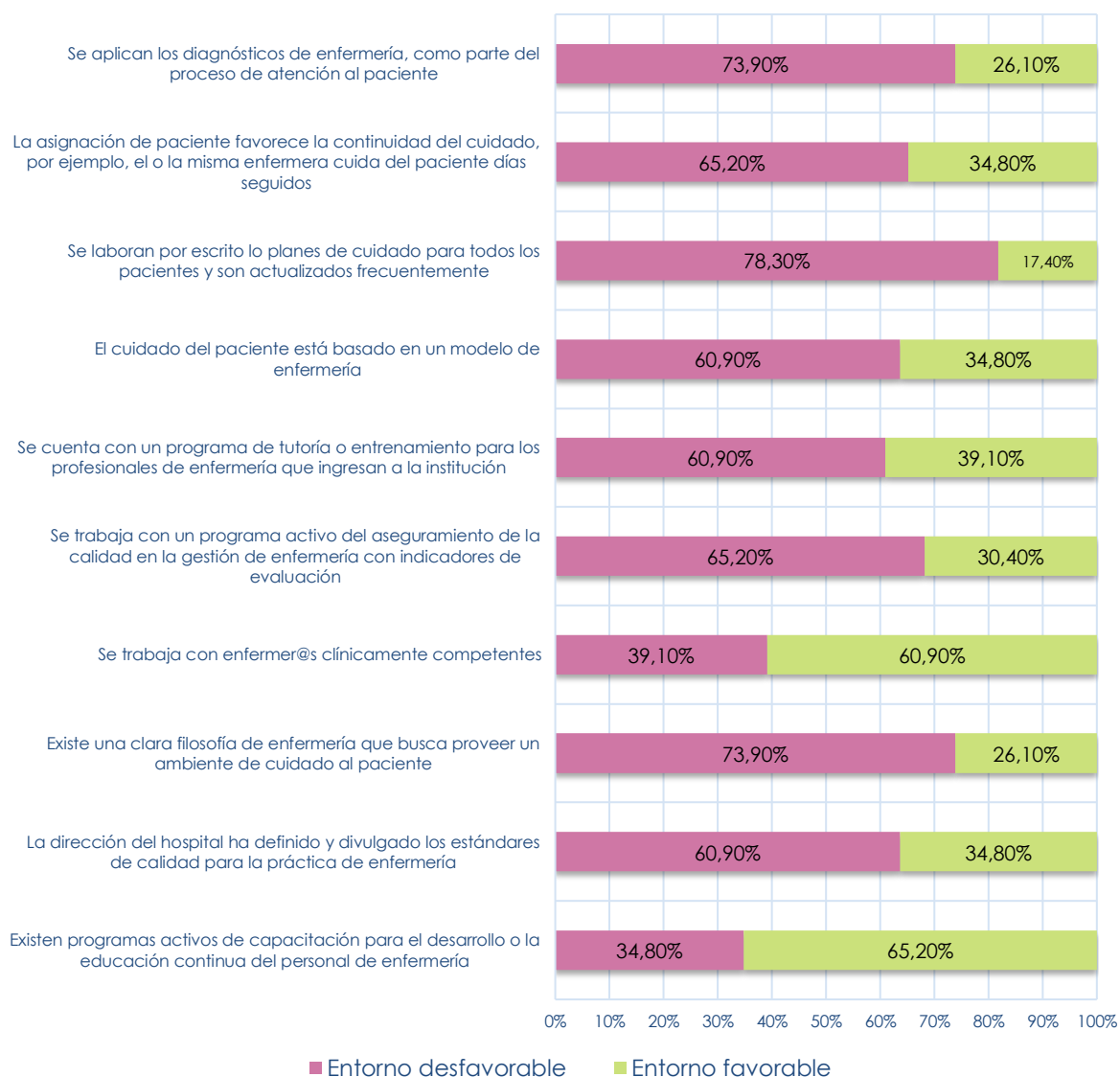
**Gráfico 2. Dimensión: Participación Profesional**



promociones en el ámbito clínico, considerándolas como entornos favorables. (Véase Gráfico 2).

En cuanto a la dimensión de calidad del cuidado, solo el 73.9% del personal encuestado consideró que se aplican los diagnósticos de cuidado como parte de la atención en su práctica. También el 78.3% opina que se llevan a cabo planes de cuidado escritos y actualizados. En el aspecto de evaluación continua, el 65.2% considera que no se cuenta con un programa activo de evaluación basado en indicadores y el 60.9% opinó que hace falta una filosofía clara de enfermería que promueva un ambiente favorable. (Véase Gráfico 3).

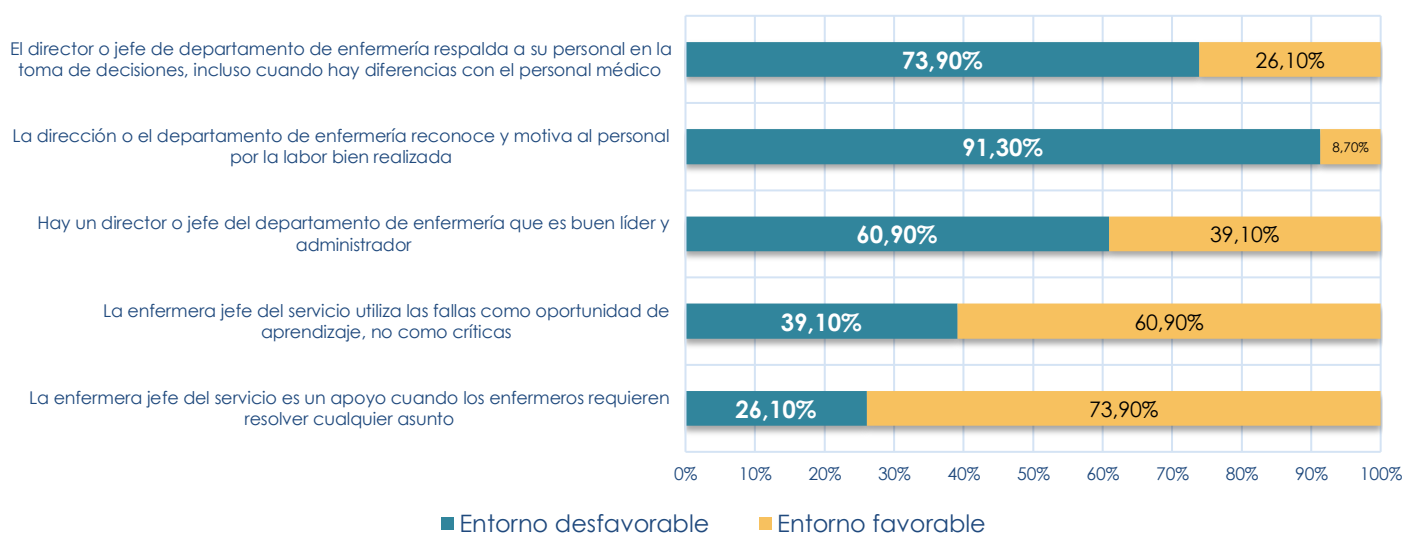
**Gráfico 3. Dimensión: Calidad del cuidado**





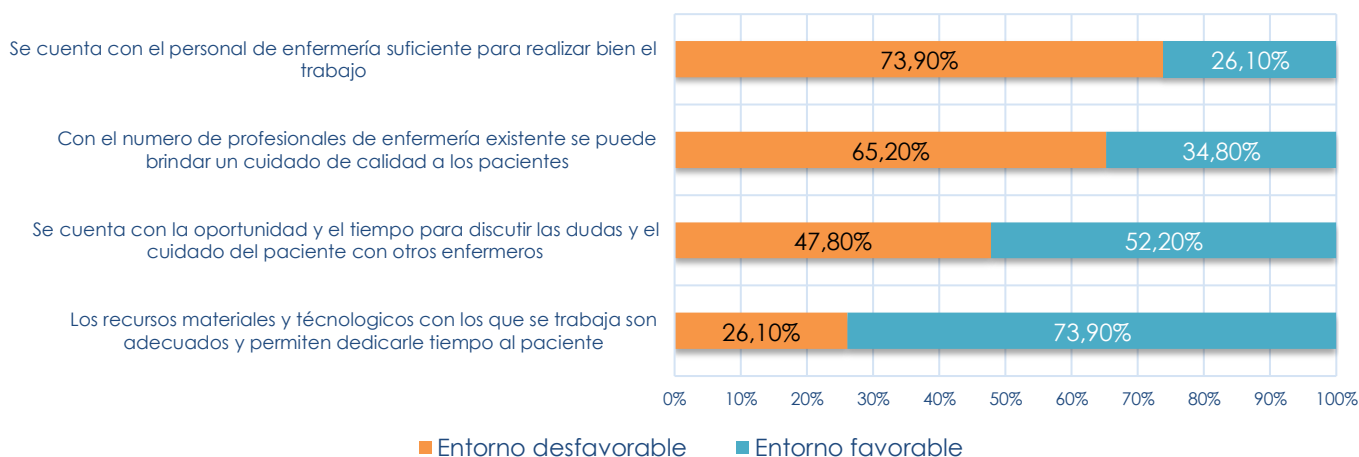
Continuando, en la dimensión de liderazgo, encontramos resultados similares ya que el 73.9% del personal considera que tiene un respaldo adecuado por parte de los directivos de enfermería respecto a la toma de decisiones. El 91.3 % de la muestra también considera que los entornos desfavorables se deben por la falta de reconocimiento por parte de los departamentos de jefatura cuando se realizan las labores de manera favorable. En cuanto a la percepción de la calidad del liderazgo el 60.9% considera que es desfavorable. (Véase Gráfico 4)

### Gráfico 4. Dimensión: Liderazgo



Respecto a la percepción de recursos adecuados cabe destacar que el 73,9% del personal encuestado considera que no se cuenta con el personal de enfermería suficiente para realizar bien el trabajo. Así mismo el 65,2% percibe que el número de personal no es suficiente para brindar cuidado de calidad a los pacientes. Finalmente, el 47,80%

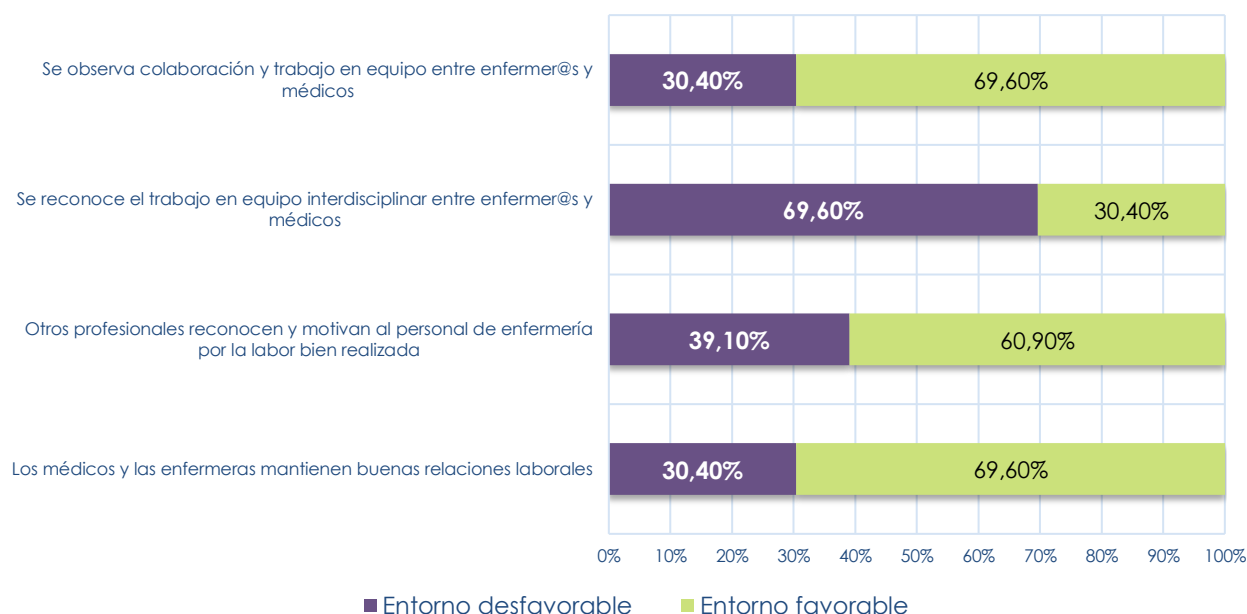
### Gráfico 5. Dimensión: Recursos adecuados



considera que el entorno es desfavorable para discutir las dudas referentes al cuidado del paciente con otros colegas. (Véase Gráfico 5)

En la dimensión de Relaciones Interdisciplinarias, cabe destacar que el 69.60% perciben un entorno desfavorable en relación al reconocimiento del trabajo interdisciplinar entre enfermeras y médicos. Por otra parte, el 30.4% opina que los entornos no adecuados se deben a la colaboración interdisciplinaria y las relaciones laborales entre los médicos y las enfermeras. (Véase Gráfico 6)

**Gráfico 6. Dimensión: Relaciones interdisciplinarias**



### 5.3 Análisis descriptivo de cuidado perdido-MISSCARE ENFERMERÍA

En primer lugar, se analizaron de manera individual los ítems respectivos a la parte A del instrumento MISSCARE para enfermería. Para el análisis se convirtió la escala de Likert a una variable dicotómica, categorizada de la siguiente manera (Tabla 6.). Se calculó un índice global y por dimensiones en una escala porcentual de 0 a 100. Se presentan en primer lugar las estimaciones del índice de cuidado perdido y después se describen los ítems por dimensión.

**TABLA 6. Categorización de variables dicotómicas MISSCARE**

0=No aplica el cuidado	
1=Nunca se pierde el cuidado	0= Cuidado realizado
2=Rara vez se pierde el cuidado	
3=De vez en cuando se pierde el cuidado	
4=Frecuentemente se pierde el cuidado	1=Cuidado perdido
5=Siempre se pierde el cuidado	

El índice de cuidado perdido de enfermería global fue de 26.95 (IC<sub>95%</sub> 11.83-42.07). En relación a las dimensiones que con mayor proporción se omiten son; **plan de alta y educación al paciente**, así como la dimensión de necesidades individuales con un promedio respectivo de 21.73%, seguido de cuidados básicos con promedio de 13.91%. Finalmente, la dimensión de evaluaciones continuas, fue la dimensión en la que no se omitió el cuidado de enfermería (0%) (Véase Tabla 7).

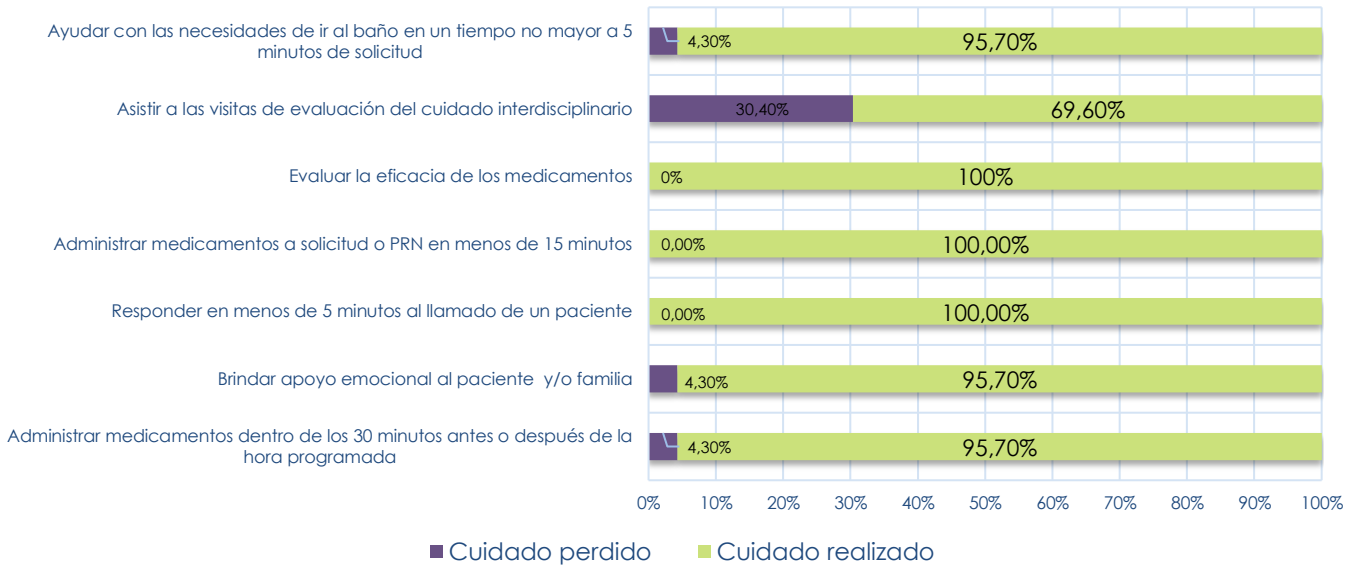
**TABLA 7. Índice de cuidado perdido y sus dimensiones**

DIMENSIÓN	Media %	Intervalo de confianza 95%	
		Límite Inferior	Límite superior
<b>Cuidado perdido global</b>	26.95	11.83	42.07
Necesidades individuales	21.73%	6	37.47
Plan de alta y educación al paciente	21.73%	3.50	39.97
Cuidado básico	13.91%	1.56	26.26
Evaluaciones continuas	0%	0	0

### 5.3.1 Análisis de cuidado perdido por dimensiones

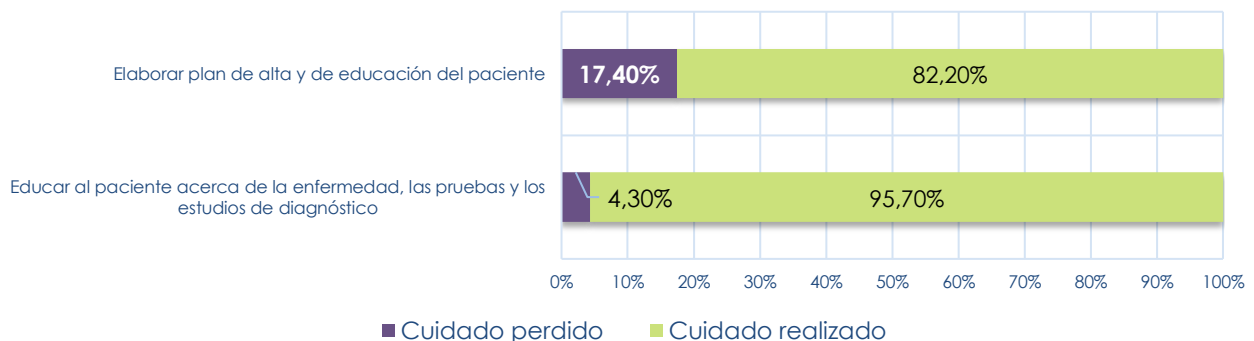
En la dimensión de necesidades individuales, el cuidado que se omite con mayor proporción fue la participación en las visitas interdisciplinarias de evaluación al paciente (30.4%). Así mismo, brindar apoyo emocional al paciente y a la familia, la administración de medicamentos y la asistencia con las necesidades de ir al baño, no se se pierde en un 4.7%. (Véase Gráfico 7.)

## Gráfico 7. Dimensión : Intervenciones de necesidades individuales



Como se mencionó anteriormente, la dimensión de planificación del alta y educación al paciente presenta niveles más altos de cuidado perdido. El cuidado con mayor proporción de cuidado perdido es la planificación del alta (17.4%), y solo el 4.3% en la educación al paciente. (Véase Gráfico 8).

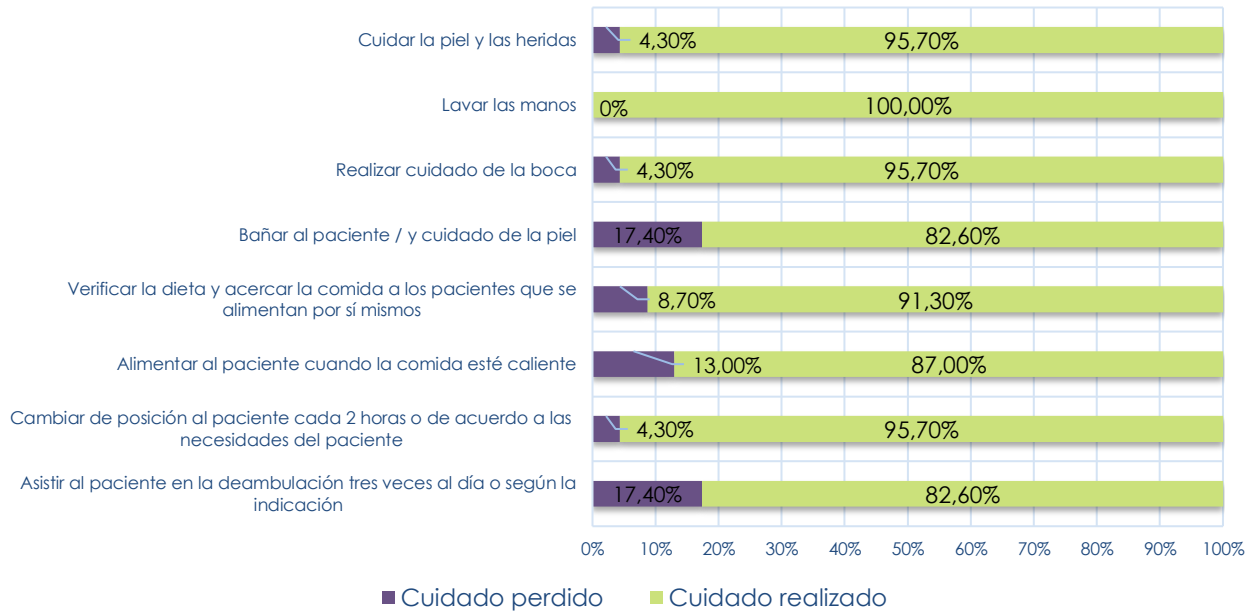
## Gráfico 8. Dimensión : Planificación del alta y educación al paciente



En la dimensión de cuidados básicos los cuidados que se omiten en mayor porcentaje son la asistencia al baño y cuidados de la piel, y la asistencia en la deambulaci3n con un 17.4% respectivamente. En segundo lugar, la alimentaci3n al paciente cuando la comida esta caliente se omiti3 en un 13%. Finalmente, los cuidados relacionados con la piel,

heridas, boca y cambios posturales fueron informados con tan solo un 4.3% de omisiones. (Véase Gráfico 9.)

**Gráfico 9. Dimensión : Cuidado básico**



La última dimensión correspondía a las evaluaciones continuas en esta categoría el 100% de los ítems fueron ponderados como cuidado realizado.

### 5.3.2 Análisis descriptivo de razones significativas del cuidado perdido

Para el análisis de la sección B del instrumento se convirtió la escala de Likert a una variable dicotómica, categorizada de la siguiente manera. (Véase Tabla 8.)

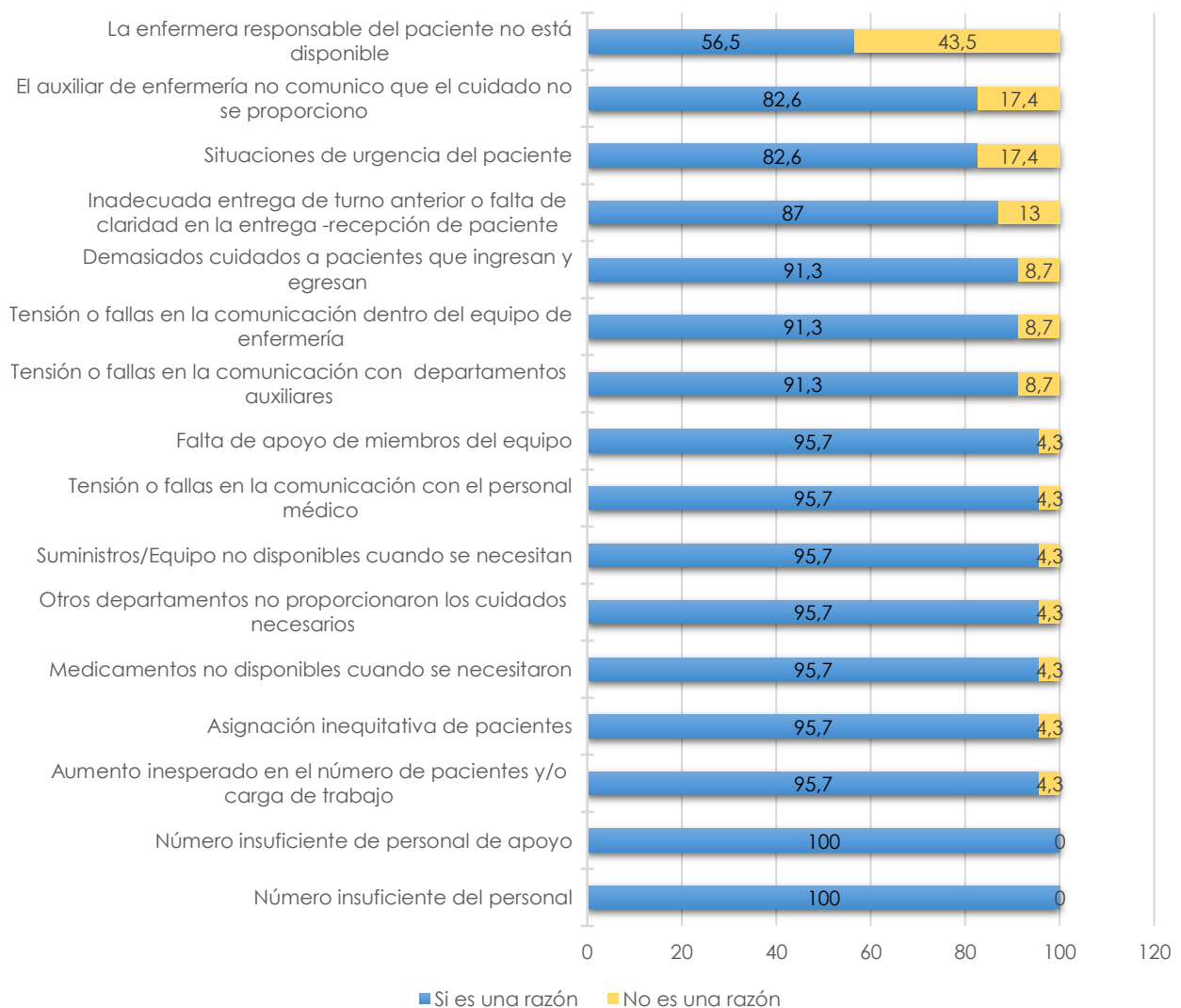
**TABLA 8. Categorización de variables dicotómicas**

1=No es una razón	0= No es una razón para que el cuidado se pierda
2=Razón menor	
3=Razón moderada	1=Si es una razón para que el cuidado se pierda
4=Razón significativa	

El 100% del personal de enfermería considera que el número insuficiente del personal tanto como de enfermería como de personal de apoyo es una de las razones significativas por las cuales no se proporcionan todos los cuidados que los pacientes requieren. En segundo lugar, las razones que más del 90 % personal consideró significativas

se encuentran las siguientes: Aumento inesperado en el número de pacientes y/o carga de trabajo del servicio, asignación inequitativa de pacientes, medicamentos no disponibles cuando se necesitaron, otros departamentos no proporcionaron los cuidados necesarios, falta y/o fallas en los suministros y equipo, falta de apoyo de los miembros del equipo, y fallas en la comunicación con el personal médico. Por último, alrededor del 80% del personal piensa que las situaciones de urgencia del paciente, la inadecuada entrega de turno anterior y la falta de claridad en el proceso entrega-recepción del paciente son razones que también influyen de manera importante en la calidad del cuidado de enfermería. (Véase Gráfico 11).

**Gráfico 11. Razones por las que se pierde el cuidado de enfermería**



De acuerdo al análisis de las razones que influyen en el cuidado el 85.5% del personal encuestado considera que los **recursos materiales** son la categoría que incide de manera más significativa en el cuidado perdido. En segundo lugar, el 58.6% considera que los factores de **comunicación** favorecen las omisiones del cuidado y finalmente el 68.94% consideró que los **recursos humanos** también influyen en el hecho de que no todos los cuidados requeridos se realicen. (Véase Tabla 9)

**TABLA 9. Razones por las que se pierde el cuidado por dimensiones**

DIMENSIÓN	%	Intervalo de confianza 95%	
		Límite Inferior	Límite superior
Factores relacionados con recursos humanos	68.94%	57.8	80.0
Factores relacionados con recursos materiales	85.50%	72.5	98.4
Factores relacionados con la comunicación	58.6 %	42.7	74.6

### 5.3.3 Relación entre características sociodemográficas y laborales con el cuidado perdido de enfermería.

Se realizó una prueba de Spearman para identificar si existía alguna correlación entre las siguientes características laborales y el cuidado perdido: número de años de educación formal, antigüedad en la institución, antigüedad en el servicio actual, experiencia laboral, número de horas de trabajo y número de horas extra, sin embargo, no se encontró ninguna relación significativa entre dichas variables ( $p > 0.05$ ).

Respecto a la relación entre el número de pacientes asignados por turno y el cuidado perdido de enfermería se encontró una relación directamente proporcional moderada significativa ( $r_s = 0.461$ ,  $p = 0.027$ ), esto quiere decir que entre más pacientes se le asignen al personal de enfermería, aumenta el cuidado perdido.

#### 5.4 Análisis de entorno laboral PES-NWI y su relación con cuidado perdido de enfermería

Para el análisis se llevó a cabo una prueba de correlación de Spearman entre las dimensiones del cuidado perdido y del ambiente laboral, las cuales en la mayoría de los casos no mostraron tener correlación significativa ( $p > 0.05$ ) no obstante, se encontraron correlaciones con las siguientes dimensiones:

Se encontró una relación inversamente proporcional significativa con la dimensión **educación y plan de alta y participación profesional** ( $r_s = -0.483$ ,  $p = 0.020$ ), esto quiere decir, que si los profesionales de enfermería perciben que tienen más participación profesional en su institución, disminuye la pérdida de cuidado de enfermería en torno a la educación y plan de alta.

Así mismo, se encontró una relación inversamente proporcional significativa con la dimensión **educación y plan de alta y calidad del cuidado** en el ambiente laboral ( $r_s = -0.481$ ,  $p = 0.020$ ), esto quiere decir, que si los profesionales de enfermería perciben mayor calidad del cuidado, disminuye la pérdida de cuidado de enfermería en torno a la educación y plan de alta.

Lo anterior nos indica que el personal de enfermería encuestado considera que a mayor participación profesional y calidad en la atención disminuye el cuidado perdido en los planes de alta y educación al paciente. Respecto a la asociación de las otras dimensiones no se encontró una correlación significativa.

#### Entorno favorable y desfavorable y cuidado perdido

Para el análisis descriptivo de entorno laboral se dicotomizó el puntaje obtenido categorizándolo como entorno favorable y entorno desfavorable de acuerdo a la mediana de los datos. (1.35) (Entorno favorable  $\geq 2.5$ ).

Para poder aceptar la hipótesis de esta investigación se realizaron pruebas de asociación no paramétricas (R de Spearman). Se buscó la asociación entre las dimensiones del cuidado perdido; necesidades individuales, plan de alta y de educación, cuidado básico, evaluaciones continuas y las dimensiones de entorno laboral; sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente representativa. ( $P > 0.05$ ).

De igual manera la relación se afirma con una prueba estadística U de Mann de Whitney que el personal de enfermería que tiene una percepción desfavorable del entorno laboral tiene niveles de cuidado perdido mayores en comparación con el grupo que percibe un entorno laboral



positivo, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas. Los resultados obtenidos se encuentran en la siguiente tabla. (Véase Tabla 11.)

**TABLA 11. Correlación de entorno laboral y cuidado perdido por dimensiones**

Dimensión MISSCARE	Entorno favorable			Entorno desfavorable		
	Frecuencia	Media	Rango promedio	Frecuencia	Media	Rango promedio
Necesidades individuales	11	13.65	10.64	12	29.17	13.25
Plan de alta y educación al paciente	11	0	9.5	12	41.6	14.29
Cuidado Básico	11	12.72	12.05	12	15.00	11.96
Evaluaciones continuas	11	0	12	12	0	12
Índice Global de Cuidado Perdido	11	18.18	9.95	12	35	13.88

\* $p \geq 0.05$

# DISCUSIÓN

## CAPÍTULO VII DISCUSIÓN

La calidad del cuidado de enfermería es un elemento imperativo en las instituciones de salud. Sin embargo, en diversos escenarios hospitalarios la omisión de algunos cuidados de enfermería sigue representando una amenaza para la calidad y seguridad del paciente. Diversos autores respaldan la hipótesis en la cual plantean que el entorno laboral juega un papel importante para garantizar un proceso de cuidado oportuno, eficaz y seguro. <sup>(56)(57)(58)</sup>

Los resultados del estudio permitieron en primer lugar identificar aquellos cuidados de enfermería que se omiten o retrasan con mayor frecuencia, así como las razones que el personal de enfermería consideró significativas para su ocurrencia. Además, se identificaron las características del entorno laboral que influyen de manera directa en los cuidados de enfermería.

El índice global de cuidado perdido fue de 26.95%, inferior a lo reportado en metaanálisis, ya que los índices oscilan entre el 55% y el 98%<sup>(59)</sup>. Estudios en México, reportan índices de cuidado perdido superiores en instituciones de asistencia pública <sup>(6)(60)</sup> e índices inferiores a los nuestros en instituciones de asistencia privada <sup>(4)</sup>. Esto podría deberse a que las instituciones de asistencia privada cuentan con un índice enfermera/paciente adecuado, en comparación con las instituciones de asistencia pública, así como recursos materiales suficientes.

Estudios previos han reportado que una de las dimensiones del cuidado que se omite principalmente es la de plan de alta y **educación al paciente**, seguido de las dimensiones de **cuidado básico** y finalmente las de necesidades individuales.<sup>(10)(4)</sup> En este caso los resultados de este trabajo demostraron similitudes, ya que la categoría de cuidados de enfermería que con mayor frecuencia se omite es la de **plan de alta y educación al paciente** con un promedio de 10.85%. La omisión de una adecuada planificación al alta aumenta el riesgo de reingreso y puede afectar negativamente la calidad de vida de pacientes y cuidadores.<sup>(61)</sup> Habitualmente la elaboración del plan de alta se delega al equipo médico, sin embargo, estudios demuestran que el éxito de un plan de alta yace

el trabajo interdisciplinario. <sup>(62)</sup> Una de las razones por las cuales esta intervención se omite es la falta de comunicación multidisciplinaria<sup>(62)</sup>; otra de las causas que se reportan es la falta de registro de la actividad de plan de alta en más del 50% de los casos en el expediente clínico<sup>(63)</sup>. El objetivo principal de la elaboración de un plan de alta es garantizar la continuidad de los cuidados con el fin de evitar complicaciones y readmisiones los cuales generan una problemática para los sistemas de salud. <sup>(64)</sup>

El segundo lugar lo ocupó la categoría de **cuidados básicos** con promedio de 8.82%. Dentro de las razones que se reportan como causales de la omisión de cuidados básicos se encuentran las siguientes; falta de personal, falta de tiempo, falta de recursos materiales, y el incremento en la complejidad de los cuidados. En otras ocasiones la prioridad de los cuidados se basa en las indicaciones del personal médico, y las intervenciones autónomas de enfermería se realizan como acciones secundarias. Lo anterior podría llegar a influir de manera significativa en los cuidados básicos que se retrasan o no se llevan a cabo. Otro de los factores que podría influir en la omisión de los cuidados básicos es el grado de autonomía de los pacientes para realizar las actividades de autocuidado; por lo tanto, estas actividades no se realizan por parte del personal de enfermería en todos los casos.

Por otra parte, encontramos que el personal no realiza las siguientes intervenciones con mayor frecuencia; **Asistir al paciente en la deambulación, bañar al paciente** y brindar **cuidados de la piel**. Estudios anteriores han reportado que uno de los cuidados que se pierde con mayor frecuencia es ayudar al paciente a deambular. <sup>(65)(66)</sup> Respecto al cuidado de deambulación uno de los motivos por los cuales probablemente no se lleva a cabo es el grado de autonomía que los pacientes demuestran lo que podría convertir este cuidado en un elemento no prioritario de la atención. De igual manera los pacientes en la mayoría de los casos cuentan con un familiar o cuidador primario durante la hospitalización, factor que puede fomentar que el acompañamiento durante la deambulación, sea llevado a cabo por el familiar y no por el personal de enfermería. Lo anterior también concuerda con los hallazgos encontrados en una revisión realizada en 2019 por Zárate y colaboradores <sup>(10)</sup> y en otro estudio realizado por Hernandez-Cruz. <sup>(4)</sup>

Otro de los hallazgos que vale la pena resaltar es la omisión de los **cuidados básicos**, de acuerdo a la literatura, diversos autores como Kalisch <sup>(67)(68)</sup> concuerdan que una de las categorías que se omite con mayor frecuencia lo cual corresponde en similitud a los resultados obtenidos en este estudio.

Por último, los siguientes cuidados tuvieron una omisión del 4.3 %: Cambios posturales, verificación de la dieta, administración de medicamentos dentro de 30 minutos, registro de datos necesarios, educación para la salud, brindar información acerca de la enfermedad, pruebas y estudios de diagnóstico, apoyo emocional al paciente y/o familia. Esta prevalencia difiere de los hallazgos de otros estudios probablemente esto de se deba al tamaño de la muestra utilizado en esta investigación.

Por otra parte respecto a las razones del cuidado los hallazgos fueron consistentes en comparación con estudios como los realizados por Zhu, Zuñiga, Griffiths y colaboradores <sup>(66) (69) (70)</sup>. El 100% de los profesionales consideró que tanto el número de personal ,así como el índice de enfermera-paciente son factores significativos. Revisiones sistemáticas como la realizada por Griffiths en 2018, confirman que la falta de recursos humanos es una de las principales razones por las que los cuidados se racionan, retrasan, o no se llevan a cabo. La falta de recursos humanos en nuestro país es un problema que representa una amenaza creciente para el sistema de salud y la calidad de los cuidados que el personal brinda. De acuerdo a estudios realizados en México se ha reportado un déficit del personal de enfermería hasta de un 58%. Es necesario el ejercicio de políticas públicas que incrementen tanto como el número de personal, así como las condiciones laborales del personal de salud. <sup>(71)</sup>

En cuanto al entorno laboral de enfermería se identificaron los siguientes hallazgos. Las dimensiones del instrumento PES-NWI de acuerdo a la percepción del personal de enfermería la dimensión de **calidad del cuidado** y la dimensión de **participación profesional** cuentan con áreas de oportunidad.

En retrospectiva el cuidado que se omitió de manera más frecuente en este estudio fueron las **visitas de evaluación interdisciplinaria**. Este aspecto de la atención va ligado

con la **participación profesional**, la cual de acuerdo al análisis individual de los ítems de esta dimensión el 30.4% opina que no existe colaboración interdisciplinaria y que las relaciones laborales entre el gremio médico y el de enfermería no son adecuadas. También cabe destacar que casi el 70% de la muestra considera que los demás profesionales de la salud de alguna manera no reconocen el trabajo que realiza enfermería. Por lo tanto, lo anterior podría ser unos de los factores que en este estudio influyen en la omisión de las visitas de evaluación interdisciplinaria.

Para la mejora de la **participación interdisciplinar** y trabajo en equipo, la Asociación de Enfermeras de Ontario, establece los siguientes elementos de trabajo en equipo que pueden contribuir a la mejora del ambiente laboral de enfermería: Respeto mutuo, planificación de cuidado compartido, comunicación abierta y efectiva, cooperación, toma de decisiones compartida, establecer objetivos comunes y coordinación.

Algunos autores afirman que el apoyo y reconocimiento de los miembros del equipo aumenta la satisfacción laboral y reduce el estrés, factores que inciden de manera positiva en el entorno laboral. También en estudios realizados por Kalisch y Begeny se plantea que la interacción, colaboración, comunicación y coordinación tienen un efecto importante en la calidad de la vida laboral de las enfermeras, la calidad de los cuidados y los resultados en los pacientes.

Por último, en este estudio no se encontraron hallazgos sobre la relación entre los índices globales de cuidado perdido y entorno laboral. Sin embargo, la mayoría de los estudios similares, han encontrado que si el entorno laboral está relacionado con los cuidados que se omiten dentro de la atención. Esto pudo haber sucedido por que la muestra es pequeña. Por lo que se sugiere que se continúe el estudio de estas dos variables con muestras probabilísticas en nuestro país.

Un hallazgo de esta investigación, es que la participación profesional y calidad del cuidado del entorno laboral, influyen en la realización ó pérdida de los cuidados relacionados con el plan de alta y educación para la salud, y esto fue similar a estudios realizados en unidades de cuidados críticos en Estados Unidos. <sup>(42)</sup> <sup>(50)</sup>

# CONCLUSIONES

## CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES

A pesar de que los hallazgos del presente estudio no demuestran una asociación en su totalidad entre las variables de estudio como se planteó en la hipótesis de investigación, es importante destacar que en este estudio existe una relación específica entre algunas dimensiones del cuidado perdido y el entorno laboral (calidad del cuidado y participación profesional).

Algunos autores afirman que las características del entorno tienen una mayor influencia en el cuidado perdido de enfermería que las características individuales de cada una de las enfermeras. <sup>(44)</sup> Por lo cual podemos determinar que es necesario establecer estrategias de gestión que faciliten la mejora del ambiente laboral en cada una de sus dimensiones y con ello se reduzca la ocurrencia del cuidado perdido de enfermería.

Por lo anterior podemos afirmar que los buenos entornos no sólo afectan a las enfermeras sino a todos los profesionales de la salud. Los entornos positivos para la práctica profesional favorecen la excelencia de los servicios, con lo que en definitiva mejoran los resultados en los pacientes.

De tal manera podemos concluir que el ambiente laboral de enfermería es un factor que ayuda a garantizar la calidad y seguridad de la atención clínica que se brinda a los usuarios.

Estudios posteriores deberían enfocarse en desarrollar herramientas de gestión, guías, modelos de trabajo e intervenciones que permitan generar un cambio positivo en los entornos de trabajo de enfermería, primordialmente en el contexto hospitalario. La evidencia ya documentada sobre el cuidado perdido y el ambiente laboral establece las siguientes estrategias; gestión eficaz de los recursos humanos (índices enfermera-paciente adecuados) y distribución equitativa de la carga de trabajo; mayor trabajo en equipo; y comunicación eficaz entre todos los profesionales de la salud.



Hasta ahora la gran mayoría de la producción científica se ha limitado a estudios transversales, en futuros estudios valdría la pena explorar otro tipo de metodología que permita medir intervenciones que impacten de manera positiva en los entornos laborales de enfermería.

Finalmente podemos concluir que un entorno laboral adecuado incrementa la salud y el bienestar de las enfermeras y otros profesionales de la salud, mejora los resultados de los pacientes, aumenta el desempeño organizacional y finalmente beneficia a la sociedad.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Una de las mayores limitaciones de este estudio fue el tamaño de la muestra el cual no permitió llevar a cabo de manera adecuada el análisis inferencial entre todas las dimensiones de las variables de estudio.

Así mismo, se considera que los resultados obtenidos en este estudio no se pueden extrapolar a los entornos laborales de las diversas organizaciones y niveles de atención que componen el sistema de salud de México.

# ANEXOS

## MODELO DE INVESTIGACIÓN: CUIDADO PERDIDO, AMBIENTE LABORAL Y CALIDAD DEL CUIDADO



Fuente: Zárate, Mejías 2018, Elaboración propia basada en el Modelo de Cuidado Perdido de Kalisch (2006) y el Modelo del Entorno de la Práctica de Enfermería de Lake (2002)

## METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

El carácter de este estudio es de tipo transversal, descriptivo y correlacional. Se realizó una búsqueda bibliográfica determinada por la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre el **cuidado perdido** de **enfermería** y el **entorno laboral** de un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México?

El planteamiento del problema del problema se identificaron los siguientes descriptores primarios y palabras clave validados por el buscador DeCS y su homólogo en inglés MESH con los sinónimos correspondientes en los idiomas español, inglés y portugués: "Entorno laboral" y "Enfermería". Se utilizaron las siguientes palabra clave "Cuidado perdido" Practice Environment Scale of the Nursing Work Index para la búsqueda ya que aún no se encuentra validado como termino DeCS (TABLA 1)

DESCRITORES PRIMARIOS Y PALABRAS CLAVE (TABLA 1)			
Palabras Clave	Términos Alternativos	Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	Medical Subject Headings (MeSH)
Cuidado Perdido	Missed nursing care Care left undone Rationing of nursing care Unfinished nursing care Implicitly rationed care	---	---
Enfermería	Nursing Staff	Inglés: Nursing Español: Enfermería Portugués: Enfermagem Categoría: H02.478 N04.452.758.377 SH1.020.020.040.030 SP8.946.702.667.579	MeSH Unique ID: D009729
Entorno laboral	Collaborative Working Environment Work Environment Workplace Environment Clima laboral Ambiente de trabajo Clima organizacional	Inglés: Working Environment Español: Ambiente de Trabajo Portugués: Ambiente de Trabalho	----
PES-NWI	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index	---	---

Elaborado por: Abuhatab Arias I.

La búsqueda se inició en septiembre 2019 y se utilizaron las siguientes bases de datos para la recopilación de los artículos: Pubmed, Scopus, Scielo, Cinahl, Google académico.

Se utilizó la estrategia de búsqueda que se presenta a continuación en la (Tabla 2)

### Estrategia de búsqueda (combinación de palabras claves y operadores: and / or/ not)

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DOCUMENTADA (TABLA 2)	
1	Cuidado perdido AND entorno laboral
2	Enfermería AND cuidado perdido AND entorno laboral
3	Entorno laboral AND PES-NWI
4	PES-NWI AND Practice Environment Scale of the Nursing Work Index
5	Missed nursing care OR care left undone OR rationing of nursing care OR unfinished nursing care OR implicitly rationed care AND work environment
6	PES-NWI AND Mexico

Elaborado por: Abuhatab Arias I.

La búsqueda en las diferentes bases de datos consultas dio como resultado un total de 902 artículos. Se seleccionaron \*\* considerando el título y posterior a la lectura de los resúmenes la selección se filtró a solo \*\* artículos.

También se realizó una búsqueda por autor (Lake, Eileen T [Author] AND nurse work environment) debido al nivel de expertise y la amplia producción científica relacionada con el entorno laboral con la que cuenta la autora. Los obtuvieron 18 artículos de los cuales se seleccionaron 4.

Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes: Año de publicación, Decs mesh, título, totalidad del text, idioma, grupo en el cual está enfocado y tipos de estudios.

RESULTADOS EN BASES DE DATOS (TABLA 3)						
Estrategia de búsqueda	Pubmed	SCOPUS	SCIELO	CINAHL	Google Scholar	Total
1	0	0	0	3	21	24
2	0	0	0	7		7
3	0	0	0	2		2
4	54	61	0	26		141
5	97	0	0	42		139
6	-	0	0	0	37	37

Elaborado por: Abuhatab Arias I.

NIVELES DE EVIDENCIA DE LOS ARTICULOS SELECCIONADOS (TABLA 5)		
	Clasificación	Número de Artículos
<b>Nivel 1 Estudios experimentales</b>	Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs) Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs Level 1.c – RCT Level 1.d – Pseudo-RCTs	--
<b>Nivel 2 Cuasi experimentales</b>	Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study	--
<b>Nivel 3 Estudios observacionales</b>	Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs Level 3.c – Cohort study with control group Level 3.d – Case – controlled study Level 3.e – Observational study without a control group	--
<b>Nivel 4 Estudios Analíticos</b>	Level 4.a Systematic review of descriptive studies Level 4.b Cross-sectional study Level 4.c Case series Level 4.d–Case study	--

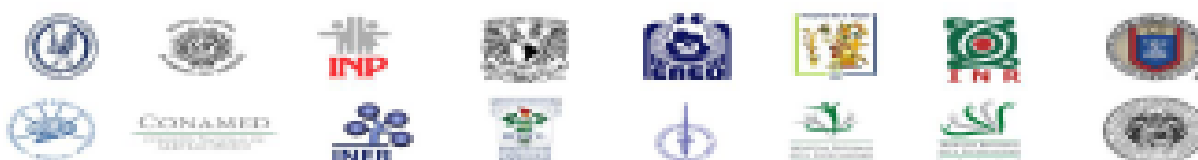
<b>Nivel 5 Opinión de expertos</b>	Level 5.a–Systematic review of expert opinion Level 5.b – Expert consensus Level 5.c – Bench research/ single expert opinión	--
------------------------------------	--	----

Una vez seleccionados los artículos se realizó una lectura crítica basada en las guías para una crítica de la calidad de evidencia en investigación. La guía se encuentra disponible en la Tabla 6.(71)

Se encontró que todos los artículos seleccionados contaban con el rigor metodológico adecuado y provenían de revistas indexadas.

<b>GUÍA PARA UNA CRITICA DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA EN INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA (TABLA 6)</b>		
<b>Aspecto del reporte</b>	<b>Preguntas de análisis crítico</b>	<b>SI/NO</b>
<b>MÉTODO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Se usó el diseño más riguroso posible, dado el objetivo de la investigación?</li> <li>✓ ¿Se hicieron las comparaciones apropiadas para mejorar la posibilidad de interpretación de los hallazgos?</li> <li>✓ ¿Fue adecuado el número de lugares para recolectar datos?</li> <li>✓ ¿El diseño minimizó los sesgos y amenazas a la validez del estudio? (se usó cegamiento)</li> </ul>	--
<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Se identificó y describió la población?</li> <li>✓ ¿La muestra se describió con detalle suficiente?</li> <li>✓ ¿Se usó el mejor diseño de muestreo posible para aumentar la representatividad de la muestra? ¿Se minimizaron los sesgos de la muestra?</li> <li>✓ ¿Fue representativo el tamaño de la muestra?</li> <li>✓ ¿Se usó un análisis de poder para calcular el tamaño necesario de la muestra?</li> </ul>	--
<b>RECOLECCION DE DATOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Se volvieron operativas las variables clave con el mejor método posible?</li> <li>✓ ¿Se describen de manera adecuada los instrumentos específicos y fueron buenas elecciones dado el objetivo y la población de estudio?</li> <li>✓ ¿El reporte proporcionó evidencia de que los métodos para recolección de datos produjeron datos confiables y válidos?</li> </ul>	--
<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Si hubo una intervención se describió de modo adecuado y se implementó correctamente?</li> <li>✓ ¿Los datos se recolectaron de una forma que minimizara los sesgos? ¿El personal que recolectó los datos estaba bien entrenado?</li> </ul>	--
<b>RESULTADOS ANALISIS DE DATOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Se usaron los métodos estadísticos apropiados?</li> <li>✓ ¿Se empleó el método analítico más poderoso?</li> <li>✓ ¿Se evitaron o minimizaron los errores tipo I y tipo II?</li> </ul>	--
<b>HALLAZGOS E INTERPRETACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Se presentó información de la significancia estadística?</li> <li>✓ ¿Se presentó información del tamaño del efecto y la precisión de los cálculos (intervalos de confianza)?</li> <li>✓ Se discutió la relevancia clínica de los hallazgos?</li> </ul>	--
<b>RESUMEN DE VALORACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A pesar de las limitaciones ¿los hallazgos del estudio parecen válidos, tiene usted confianza en el valor real de los resultados?</li> <li>✓ ¿El estudio aporta alguna evidencia significativa que pueda usarse en la práctica de la enfermería o que sea útil para esta disciplina?</li> </ul>	--

Fuente: Polit, D. F., Tatano C. B. (2018 Investigación en Enfermería: Fundamentos para el Uso de la Evidencia en la Práctica de la Enfermería (p. 66)



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**CUIDADO DE ENFERMERÍA PERDIDO  
(ENCUESTA MISSCARE PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA)  
BEATRICE J. KALISCH**

El presente cuestionario permite recolectar información para "Analizar el cuidado perdido de enfermería en el ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad. Un Estudio multicéntrico". La información que usted proporcione podría contribuir a mejorar el servicio que brindan los profesionales de Enfermería.

Instrucciones: a continuación en las preguntas de opción múltiple, elija el número y coloque una "X" dentro de la línea lateral a la pregunta. Donde se solicite completar la frase realícelo con letra clara y legible. Por favor, no deje preguntas sin responder.

1. Nombre del servicio asignado:

\_\_\_\_\_

2. Paso gran parte de mi tiempo trabajando en este servicio: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

3. Número de años de educación formal \_\_\_\_\_ (Incluye educación básica)

4. Indique el último nivel de formación alcanzada

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| a. ____ Técnico en enfermería      | d. ____ Especialidad |
| b. ____ Posttécnico en enfermería  | e. ____ Maestría     |
| c. ____ Licenciatura en enfermería | f. ____ Doctorado    |

5. Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

6. Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_

7. Categoría asignada en la institución:

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| a. ____ Auxiliar de enfermería | e. ____ Enfermera especialista A |
| b. ____ Enfermera general A    | f. ____ Enfermera especialista B |
| c. ____ Enfermera general B    | g. ____ Enfermera especialista C |
| d. ____ Enfermera general C    |                                  |

8. Turno de trabajo:
- a.  Matutino                      c.  Nocturno  
b.  Vespertino                    d.  Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
9. ¿En cuál turno siente usted que trabaja mejor?
- a.  Matutino                      c.  Nocturno  
b.  Vespertino                    d.  Otro. Especifique \_\_\_\_\_
10. Antigüedad en la institución \_\_\_\_\_ años/meses
11. Antigüedad en el servicio actual \_\_\_\_\_ años/meses
12. Experiencia laboral \_\_\_\_\_ años/meses
13. Número de horas que habitualmente trabaja por semana: \_\_\_\_\_ horas
14. En los últimos 3 meses, ¿cuántas horas de tiempo extra ha trabajado? \_\_\_\_\_ horas
15. ¿Con qué frecuencia siente que la cantidad del personal en su servicio es adecuada?
- a.  Siempre                              d.  Casi nunca  
b.  Casi siempre                        e.  Nunca  
c.  Algunas veces
16. En el turno actual ¿Cuál es el promedio de pacientes que se le asignó? \_\_\_\_\_
17. ¿Cuántos ingresos de pacientes tiene generalmente en un turno?  
\_\_\_\_\_
18. ¿Cuántos egresos de pacientes tiene generalmente en un turno?  
\_\_\_\_\_

Por favor, marque con una equis (X) una respuesta para cada pregunta:

Satisfacción	Muy satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho
19. ¿Qué tan satisfecho se encuentra de laborar en esta institución?					
20. ¿Qué tan satisfecho se encuentra en su puesto actual?					
21. Independientemente de su trabajo actual, ¿qué tan satisfecho está usted con ser enfermera (o)?					
22. ¿Qué tan satisfecho está usted con el nivel de trabajo en equipo en este servicio?					

3

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



23. ¿Tiene planes de dejar de laborar en esta institución como resultado de su insatisfacción laboral?

- a. \_\_\_\_\_ En los próximos 6 meses
- b. \_\_\_\_\_ En el próximo año
- c. \_\_\_\_\_ No planea dejarlo

### Cuidado de Enfermería Perdido

Las enfermeras (os) se enfrentan con frecuencia a múltiples demandas sobre su tiempo, que les exige reorganizar las prioridades, y no cumplir con todos los cuidados que necesitan sus pacientes. Según su experiencia, ¿Con qué frecuencia se realizan los siguientes cuidados por el personal de enfermería (incluido usted) en su servicio?.

Instrucciones: a continuación se le presentan algunas preguntas, marque con una equis (X) la casilla que usted considera le da respuesta. No hay preguntas correctas o incorrectas, sólo nos interesa conocer su percepción acerca de la frecuencia con que se realizan los cuidados de enfermería. Marque solo una casilla por cada pregunta. Por favor, no deje preguntas sin responder.

Elementos del cuidado	Siempre	Frecuente-mente	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
24. Asistir al paciente en la deambulación tres veces al día o según la indicación					
25. Cambiar de posición al paciente cada 2 horas o de acuerdo a las necesidades del paciente					
26. Alimentar al paciente cuando la comida esté caliente					
27. Verificar la dieta y acercar la comida a los pacientes que se alimentan por sí mismos					
28. Administrar medicamentos dentro de los 30 minutos antes o después de la hora programada					
29. Evaluar signos vitales según la indicación					
30. Controlar Ingresos y egresos (balance de líquidos)					
31. Registrar todos los datos necesarios					
32. Educar al paciente acerca de la enfermedad, las pruebas y los estudios de diagnóstico					
33. Brindar apoyo emocional al paciente y/o familia					
34. Bañar al paciente / y cuidado de la piel					
35. Realizar cuidado de la boca					

36. Lavar las manos					
37. Elaborar plan de alta y de educación del paciente					
38. Monitorizar glucosa según la Indicación					
39. Realizar evaluaciones de los pacientes por turno					
40. Reevaluar al paciente de acuerdo a su condición de salud					
41. Cuidar y evaluar los accesos vasculares y las soluciones IV de acuerdo con las políticas del hospital					
42. Responder en menos de 5 minutos al llamado de un paciente					
43. Administrar medicamentos a solicitud o PRN en menos de 15 minutos					
44. Evaluar la eficacia de los medicamentos					
45. Asistir a las visitas de evaluación del cuidado Interdisciplinario					
46. Ayudar con las necesidades de ir al baño en un tiempo no mayor a 5 minutos de solicitud					
47. Cuidar la piel y las heridas					

**Dimensiones:**

**Intervenciones de Necesidades Individuales:** 28, 33, 42, 43, 44, 45 y 46

**Intervenciones de Planificación del alta y educación al paciente:** 32 y 37

**Intervenciones de cuidado básico:** 24, 25, 26, 27, 34, 35, 36 y 47

**Intervenciones de cuidado de evaluaciones continuas:** 29, 30, 31, 38, 39, 40 y 41

## ANEXO 9



### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

#### ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

#### VERSIÓN DEL INSTRUMENTO EVALUACION DEL ENTORNO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (PES-NWI)\*

Recibe un cordial saludo, agradezco de antemano tu colaboración para contestar la siguiente encuesta. El presente cuestionario permite recolectar información para "Analizar el cuidado perdido de enfermería en el ambiente laboral y su relación con los eventos adversos reportados en hospitales de alta especialidad. Un Estudio multicéntrico". La información obtenida es totalmente confidencial y tiene por objetivo obtener información sobre las características del entorno laboral en donde los profesionales de enfermería realizan su práctica.

Instrucciones: a continuación se te presentan algunas preguntas, marque con una equis (X) la casilla que usted considera le da respuesta. No hay preguntas correctas o incorrectas, sólo nos interesa conocer hasta qué punto estás de acuerdo que tu entorno laboral tiene las siguientes características. Por favor, marca solo una casilla por cada pregunta. Responda TODAS las preguntas.

Características del entorno laboral	Totalmente de acuerdo	De alguna manera de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	Totalmente En desacuerdo.	No aplica
1.- Los recursos materiales y tecnológicos con los que se trabaja son adecuados y permiten dedicarle tiempo al paciente.						
2.- Los médicos y las enfermeras mantienen buenas relaciones laborales.						Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia   Fecha
3.-La enfermera jefa del servicio es un apoyo cuando los (as) enfermeros requieren resolver cualquier asunto.						
4.- Existen programas activos de capacitación para el desarrollo o la educación continua del personal de enfermería.						
5.- Existen oportunidades para el avance profesional/ ascenso/ promoción en el ámbito clínico.						
6.- El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en la toma de decisiones relacionadas con el servicio o la institución.						
7.- La enfermera jefe del servicio utiliza las fallas como oportunidad de aprendizaje, no como críticas.						

Características del entorno laboral	Totalmente de acuerdo	De alguna manera de acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	Totalmente En desacuerdo.	No aplica
8.- Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir las dudas y el cuidado del paciente con otros (as) enfermeros (as).						
9.- Con el Número de profesionales de Enfermería existente se puede brindar un cuidado de calidad a los pacientes.						
10.- Hay un (a) director (a) o jefe del departamento de enfermería que es buen líder y administrador (a).						
11.- El (la) director (a) o jefe del departamento de Enfermería es ampliamente visible y accesible al personal.						
12.- Se cuenta con el personal de Enfermería suficiente para realizar bien el trabajo.						
13.- La dirección o el departamento de enfermería reconoce y motiva al personal por la labor bien realizada.						
14. Otros profesionales reconocen y motivan al personal de enfermería por la labor bien realizada.						
15.- La dirección del hospital ha definido y divulgado los estándares de calidad para la práctica de Enfermería.						
16.- El director (a) o jefe del departamento de Enfermería tiene un nivel de poder y autoridad igual que el de los otros directivos de la Institución.						
17.- Se reconoce el trabajo en equipo interdisciplinar entre enfermeros (as) y médicos (as).						
18. La Institución ofrece oportunidades de avance profesional.						
19.- Existe una clara filosofía de Enfermería que busca proveer un ambiente de cuidado al paciente.						
20.- Se trabaja con enfermeros (as) clínicamente competentes.						
21.- El director (a) o jefe del departamento de Enfermería respalda a su personal en la toma de decisiones, incluso cuando hay diferencias con el personal médico.						
22.- La dirección o el departamento de enfermería escucha y responde a las inquietudes de los empleados.						
23.- Se trabaja con un programa activo de aseguramiento de la calidad en la gestión de Enfermería con indicadores de evaluación.						

Características del entorno laboral	Totalmente de acuerdo	De alguna manera de acuerdo	NI en acuerdo ni en desacuerdo	De alguna manera en desacuerdo	Totalmente En desacuerdo.	No aplica
24.- El personal de enfermería está involucrado en la gestión interna de la Institución (participación en comités, diseño de guías de manejo, protocolos).						
25.- Se observa colaboración y trabajo en equipo entre enfermeros (as) y médicos (as).						
26.- Se cuenta con un programa de tutoría o entrenamiento para los profesionales de enfermería que ingresan a la Institución.						
27.- El cuidado del paciente está basado en un modelo de Enfermería.						
28.- El personal tiene la oportunidad de participar en comités de Enfermería dentro de la Institución.						
29.- El jefe de Enfermería de su servicio, consulta o dialoga con el personal sobre problemas cotidianos, procedimientos y decisiones.						
30.- Se elaboran por escrito los planes de cuidado para todos los pacientes y son actualizados frecuentemente.						
31.- La asignación del paciente favorece la continuidad del cuidado, por ejemplo, el (la) mismo (a) enfermero (a) cuida del paciente en días seguidos						
32.- Se aplican los diagnósticos de Enfermería, como parte del proceso de atención al paciente						

## REFERENCIAS

1. Gurková E, Mikšová Z, Šáteková L. Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2021 Aug 25 [citado 2021 Ago 31];inr.12710. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12710>
2. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2009 Jul [citado 2019 Oct 18];65(7):1509–17. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
3. Lake ET, Sanders J, Duan R, Riman KA, Schoenauer KM, Chen Y. A Meta-Analysis of the Associations between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. *Med Care*. 2019 May 1;57(5):353–61.
4. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2017, v. 25 [citado 30 Setiembre 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>. Epub 10 Jul 2017. ISSN 1518-8345.
5. Moreno-Monsiváis MG, Moreno-Rodríguez C, Interrial-Guzmán MG. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan* [Internet]. 2015 Sep 1 [citado 2019 Oct 16];15(3):318–38. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4647/pdf>
6. Silva-Ramos María Fernanda, López-Cocotle José Juan, Moreno-Monsiváis María Guadalupe, González-Angulo Pedro, Interrial-Guzmán María Guadalupe. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. *Horiz. sanitario [revista en la Internet]*. 2021 Ago [citado 2021 Oct 01] ; 20( 2 ): 207-215. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592021000200207&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592021000200207&lng=es).
7. Jones TL. What Nurses Do During Time Scarcity-and Why. *J Nurs Adm*. 2016 Sep;46(9):449-54. Disponible en: doi: 10.1097/NNA.0000000000000374. PMID: 27556653.
8. Hopkins Walsh J, Dillard-Wright J. The case for "structural missingness:" A critical discourse of missed care. *Nurs Philos* [Internet]. 2019 Oct 3 [citado 2019 Oct 16]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nup.12279>
9. Squires A, Fletcher J, Hidalgo HC, Nigenda G. Un Estudio Piloto del Clima Laboral de las Enfermeras Mexicanas: A Pilot Study of Mexican Nurses' Work Environments. *Hisp Heal Care Int* [Internet]. 2018 Sep 6 [citado 2019 Oct 16];16(3):145–57. Disponible en:<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1540415318804481>
10. Zárate-Grajales R.A., Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enferm. univ [revista en la Internet]*. 2019 Dic [citado 2021 Oct 01] ; 16( 4 ): 436-451. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S166570632019000400436&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632019000400436&lng=es). Epub 16-Abr-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>.
11. Organización Mundial de la Salud Pacientes en Defensa de su Seguridad – Información general [Internet]. [cited 2020 Jan 7]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/statement/es/](https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/)
12. Real Academia Española. calidad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 2019 Nov 22]. Disponible en: <https://dle.rae.es/?w=calidad>
13. Varela JA, Ebba A, Laurell C, Saisó SG. Modelo de gestión de calidad en salud 2016 [Internet]. Mexico; 2016 [citado 2019 Nov 22]. Disponible en: [http://dgcges.salud.gob.mx/pnc2019/doctos\\_consulta/MGCS.pdf](http://dgcges.salud.gob.mx/pnc2019/doctos_consulta/MGCS.pdf)
14. García S, Álvarez del Río F, Terrazas P, Molina I. La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. 2015;1–10. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01O.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01O.pdf)
15. Universidad ESAN. Los diferentes conceptos de calidad en salud, Apuntes empresariales. ESAN [Internet]. [citado 2020 Jan 7]. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>
16. Labrague LJ, Santos JAAD los, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, et al. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 Nov 1 [citado 2021 Ago 31];28(8):2257–65. Disponible en:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12894>
17. Balderas Pedrero ML, Administración de los servicios de enfermería [Internet]. 2015 [citado 2020 Jan

- 7]. 1-480 p. Disponible en: [https://www.academia.edu/41366523/Balderas\\_Pedrero\\_Maria\\_De\\_La\\_Luz\\_Administracion\\_De\\_Los\\_Servicios\\_De\\_Enfermeria](https://www.academia.edu/41366523/Balderas_Pedrero_Maria_De_La_Luz_Administracion_De_Los_Servicios_De_Enfermeria)
18. Ruelas Barajas E, Programa de Acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. 2001. [citado 2020 Jan 7]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01C.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01C.pdf)
  19. Ortega Vargas MC, Leija Hernández C. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. Estrategias para su aplicación 3ra ed. Mexico: Editorial Medica Panamericana; 2014. p. 1-15.
  20. García C. Martín Caro MM. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. España: Elsevier Ltd; 2001. 214 p. Disponible en: [https://www.academia.edu/35035016/Historia\\_de\\_la\\_Enfermer%C3%ADa\\_Evoluci%C3%B3n\\_hist%C3%B3rica\\_del\\_cuidado\\_enfermero](https://www.academia.edu/35035016/Historia_de_la_Enfermer%C3%ADa_Evoluci%C3%B3n_hist%C3%B3rica_del_cuidado_enfermero)
  21. Swiger PA, Patrician PA, Miltner RSS, Raju D, Breckenridge-Sproat S, Loan LA. The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. Vol. 74, Int J Nurs Stud. Elsevier Ltd; 2017. p. 76-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.003.
  22. Contreras Ibacache VE, Reynaldos Grandon K, Cardona Alzate LC. Clima, Ambiente y Satisfacción laboral: un desafío para la enfermería. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2015 [citado 30 Sep 2021]; 31 (1): Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/478>
  23. Organismo Internacional de Normalización ISO. Cinco motivos para mejorar el clima laboral [Internet]. 2015 [citado 2019 Nov 28]. Disponible en: <https://www.isotools.org/2015/06/26/cinco-motivos-para-mejorar-el-clima-laboral/>
  24. Sánchez Castro JC. Afinación del instrumento para medir entornos de la práctica de Enfermería : Practice Environment Scale of the Nursing Work Index PES NWI. [tesis]. Universidad Nacional de Colombia; 2014.
  25. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA J Am Med Assoc. 1989;261(8):1151. doi: 10.1001/jama.260.12.1743. PMID: 3045356.
  26. Sepúlveda E. Evolución del Entorno Laboral Percibido por las Enfermeras del Sistema Nacional de Salud en España entre los Años 2009-2014 [Internet]. Universidad de Murcia; 2017. Disponible en: [https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/53800/1/Silvia\\_Esteban\\_Sepúlveda\\_Tesis\\_Doctoral.psd.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/53800/1/Silvia_Esteban_Sep%C3%BAlveda_Tesis_Doctoral.psd.pdf)
  27. Lake ET. The nursing practice environment: measurement and evidence. Med Care Res Rev [Internet]. 2007 Apr [citado 2019 Nov 7];64(2 Suppl):104S-22S. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17406014>
  28. Gea VA. Elecciones de elementos esenciales de los entornos profesionales de enfermería en atención Primaria, mediante el cuestionario practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) [Internet]. 2015. Disponible en: [www.upeu.com.pe/pe%5Cnrggr](http://www.upeu.com.pe/pe%5Cnrggr)
  29. Warshawsky NE, Havens DS. Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Nurs Res [Internet]. 2011 Jan [citado 2019 Oct 16];60(1):17-31. Disponible en: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006199-201101000-00003>
  30. Kramer M, Hafner LP. Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. Nurs Res. 1989;38(3):172-7. PMID: 2717441.
  31. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. Nurs Res. 2000;49(3):146-53. doi: 10.1097/00006199-200005000-00006. PMID: 10882319.
  32. Zangaro GA, Jones K. Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A Reliability Generalization Meta-Analysis. West J Nurs Res. 2019 Nov;41(11):1658-1684. doi: 10.1177/0193945918823779.
  33. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Entornos de Trabajo Saludables Guías de Buenas Prácticas Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera. 2008 ; Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/workplace-health-safety-and-well-being-nurse>
  34. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Práctica colaborativa en los equipos de enfermería. 2006; Disponible en: [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Practica\\_colaborativa\\_en\\_los Equipos\\_de\\_enfermeria.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Practica_colaborativa_en_los Equipos_de_enfermeria.pdf)
  35. Registered Nurses' Association of Ontario. Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Practices. 2017;(December):1-98. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/developing-and-sustaining-effective-staffing-and-workload-practices>
  36. Laschinger H, Almost J, Bajnok I, Bewick D, Dietrich D, Eisler K, et al. Desarrollo y mantenimiento del

- liderazgo en enfermería. 2006;1-143. Disponible en: [https://mao.ca/sites/mao-ca/files/Desarrollo\\_y\\_mantenimiento\\_del\\_liderazgo\\_en\\_enfermeria.pdf](https://mao.ca/sites/mao-ca/files/Desarrollo_y_mantenimiento_del_liderazgo_en_enfermeria.pdf)
37. Warshawsky NE, Havens DS. Global use of the practice environment Scale of the Nursing Work Index. *Nurs Res.* 2011 Jan;60(1):17-31. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c. PMID: 21127450; PMCID: PMC3021172.
  38. Registered Nurses' Association of Ontario. Professionalism in Nursing. 2007 Disponible en: <https://mao.ca/bpg/guidelines/professionalism-nursing>
  39. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario Salud laboral, seguridad y bienestar de la enfermera. 2007; Disponible en:<https://mao.ca/bpg/guidelines/workplace-health-safety-and-well-being-nurse>
  40. Ball JE, Griffiths P, Rafferty AM, Lindqvist R, Murrells T, Tishelman C. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *J Adv Nurs [Internet]*. 2016 Sep [citado 2020 Ene 9];72(9):2086-97. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12976>
  41. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Heal Care [Internet]*. 2008 Ago [citado 2021 Mar 6];20(4):227-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18436556/>
  42. Zhao Y, Ma D, Wan Z, Sun D, Li H, Jiao S. Association between work environment and implicit rationing of nursing care: An integrative literature review. *J Nurs Manag [Internet]*. 2019 Nov 4 [citado 2019 Nov 20];jonm.12895. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12895>
  43. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jun;52(6):1121-37. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012. Epub 2015 Feb 23. PMID: 25794946.
  44. Lake ET, Riman KA, Sloane DM. Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. *J Nurs Manag.* 2020 Nov;28(8):2157-2165 [Internet]. [citado 2020 Mayo 4] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32017302>
  45. Park SH, Hanchett M, Ma C. Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. *J Nurs Scholarsh.* 2018 Nov 1;50(6):722-30. doi: 10.1111/jnu.12434.
  46. Jangland E, Teodorsson T, Molander K MAÅ. Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework. *J Clin Nurs [Internet]*. 2018;27:11-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.140>
  47. Lake ET, de Cordova PB, Barton S, Singh S, Agosto PD, Ely B, et al. Missed Nursing Care in Pediatrics. *Hosp Pediatr.* 2017 Jul 1;7(7):378-84. doi: 10.1542/hpeds.2016-0141.
  48. Lake ET, Staiger D, Edwards EM, Smith JG, Rogowski JA. Nursing Care Disparities in Neonatal Intensive Care Units. *Health Serv Res [Internet]*. 2018 Ago 1 [citado 2020 May 4];53:3007-26. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/1475-6773.12762>
  49. Kalisch BJ, Williams RA. Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *JONA J Nurs Adm [Internet]*. 2009 May [citado 2020 Mar 17];39(5):211-9. Disponible en: <http://journals.lww.com/00005110-200905000-00004>
  50. Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, H. & Friese, C. R. Hospital Variation in Missed Nursing Care. *Am. J. Med. Qual.* 26, 291-299 (2011). doi: 10.1177/1062860610395929.
  51. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. [citado 2020 Jun 15]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
  52. Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. [citado 2020 Jan 7]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)
  53. Comisión Nacional de Arbitraje Médico Declaración de Helsinki [Internet]. México: Comisión Nacional de Bioética; [Citado 2020 Enero 26]. Disponible:[http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/helsinki.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf)Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.
  54. Comité de Bioética de México [Internet]. Código de Núremberg; [Citada 2020 Enero 26]. Disponible:[www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacio nal/2.INTL\\_Cod\\_Nuremberg.pdf](http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacio nal/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf)
  55. Comité de Bioética de México [Internet]. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación ; [Citado 2020 Enero 26] .Disponible:<http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinte>



rncional/10.\_INTL\_Informe\_Belmont.pdf

56. Moisoglou I, Yfantis A, Galanis P, Pispirigou A, Chatzimargaritis E, Theoxari A, et al. Nurses Work Environment and Patients' Quality of Care [Internet]. Vol. 13, *International Journal of Caring Sciences*. [citado 2021 Jun 19]. Disponible en: [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
57. Alves DF, Guirardello E de B. Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2016 Jun 1 [citado 2021 Jun 19];37(2):e58817. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27253601/>
58. Liu X, Liu J, Liu K, Baggs JG, Wang J, Zheng J, et al. Association of changes in nursing work environment, non-professional tasks, and nursing care left undone with nurse job outcomes and quality of care: A panel study. *Int J Nurs Stud*. 2021 Mar 1;115:103860. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103860.
59. Cho E, Lee NJ, Kim EY, Kim S, Lee K, Park KO, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016 Aug 1 [citado 2020 Jun 20];60:263–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27297386/>
60. Hernández JH, Moreno Monsiváis MG, Interrial Guzmán MG, Arreola LV, Cuidado de enfermería perdido en pacientes con riesgo o con úlceras por presión. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016; 24:e2817  
Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BDBxH8NzyFf4J8qtF4WhNG/?format=pdf&lang=es>
61. Budinich M, Sastre J. Planificación del alta. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2021 Aug 12];31(1):76–84. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-planificacion-del-alta-S0716864019301129>
62. Discharge Planning - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557819/>
63. López ET, Leonel AA, Ángel M, Ávila C, Mahuina E, Castolo C. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución. 2014;13(1):12–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
64. Eskin Bacaksiz F, Alan H, Taskiran Eskici G, Gumus E. A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff characteristics, professional quality of life and work alienation. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 Apr 20 [citado 2020 Jun 4];jonm.12999. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12999>
65. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review [Internet]. Vol. 74, *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd; 2018 [citado 2020 Jun 20]. p. 1474–87. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/full/10.1111/jan.13564>
66. Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2006 [citado 2020 Jun 21];21(4):306–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16985399/>
67. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res* [Internet]. 2014 Aug 29 [citado 2020 Mar 19];36(7):875–90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24782432>
68. Zhu X, Zheng J, Liu K, You L. Rationing of Nursing Care and Its Relationship with Nurse Staffing and Patient Outcomes: The Mediation Effect Tested by Structural Equation Modeling. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 May 14 [citado 2019 Oct 16];16(10):1672. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/10/1672>
69. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JPH, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 Sep [citado 2019 Oct 16];52(9):1463–74. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748915001650>
70. Aristizabal P, Nigenda G, Squires A, Rosales Y. Regulation of nursing in Mexico: Actors, processes and outcomes. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020 Jan 1;25(1):233–42. Spanish, English. doi: 10.1590/1413-81232020251.28462019
71. Polit, Denise F., Tatano CB. *Investigación en Enfermería: Fundamentos para el Uso de la Evidencia en la Práctica de la Enfermería*. Edición: 9. Lippincott Williams & Wilkins, editor. Wolters Kluwer Health; 2018. 512 páginas.



